

BIBLIOTHÈQUE
DU MÉDECIN-PRATICIEN,

OU

MANUELS

DES DIVERSES PARTIES DE L'ART DE GUÉRIR,

Contenant le résumé des connaissances pratiques et des découvertes importantes dues aux progrès des Sciences médicales pendant le dix neuvième siècle.

Format in-18. — Chez GABON ET C[ie].

PROSPECTUS.

Le nombre immense d'ouvrages de médecine publiés depuis plusieurs années a fait sentir la nécessité de réunir, sous forme de Résumé, les diverses connaissances pratiques dont la science s'est enrichie. Il devenait bien important de rechercher dans cette multitude de livres, souvent très-volumineux, les vérités qu'ils contenaient, pour en présenter un tableau fidèle. Comment, en effet, le Praticien, continuellement occupé à donner ses soins à de nombreux malades, pourra-t-il dévorer tant de volumes, dans lesquels on trouve cependant des vérités utiles? Comment le jeune et studieux Elève dont l'expérience n'a pas encore mûri le jugement, pourra-t-il démêler, au milieu de tant de pages inutiles, ce qu'il doit apprendre de ce qu'il doit rejeter, ce qui appartient à de vaines théories de ce qui constitue les saines doctrines?

C'est pour remplir ce double but que nous nous sommes proposé de publier une série de Manuels, d'un format commode et portatif, dans lesquels l'on s'est attaché à présenter le Tableau de toutes les connaissances d'Anatomie descriptive, générale, et comparée; à développer les nouvelles méthodes d'exploration des maladies médicales et chirurgicales, avec les signes diagnostiques qui les caractérisent et les nombreuses altérations organiques qui en sont la suite; à indiquer les procédés opératoires et la disposition anatomique des parties; à tracer l'Histoire naturelle et thérapeutique des Médicamens, suivie des Formules qu'une saine pratique a consacrées; à décrire les diverses Manœuvres relatives à l'art des Accouchemens, les affections des femmes et celles des enfans nouveau-nés; à classer avec précision toutes les circonstances qui peuvent se présenter au Médecin-Légiste, dans l'application de son art à la science des lois; à exposer les Principes de l'Hygiène et ses applications à la salubrité publique et à la législation; enfin, à donner un résumé complet de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacie vétérinaires.

(Pour le titre des différens Manuels et le nom des auteurs auxquels ce travail a été confié, voir la couverture.)

MANUEL
DE CLINIQUE
CHIRURGICALE.

OUVRAGES DU MÊME AUTEUR,

Qui se trouvent chez les mêmes Libraires.

Mémoire sur la propriété purgative de l'huile de Croton Tiglium. Paris, 1825. In 8°. . . . . . 1 fr. 50 c.

Manuel de Thérapeutique chirurgicale, contenant : un Exposé succinct du traitement des maladies chirurgicales, la description des procédés opératoires, des bandages et des appareils, et l'anatomie des régions sur lesquelles se pratiquent les principales opérations. In-18. (*Sous presse.*)

Manuel de Clinique médicale, contenant : la manière d'observer en médecine; les diverses méthodes d'exploration appliquée aux maladies de la tête, de la poitrine, de l'abdomen et des tissus, ainsi qu'à l'investigation cadavérique et à l'étude du diagnostic; suivi d'un exposé des signes des maladies et d'un Précis d'Anatomie pathologique; par L. Martinet, Chef de Clinique de la Faculté à l'Hôtel-Dieu, 2e édition. In-18. . . . . 6 fr.

Manuel de Thérapeutique et de matière médicale, avec un Formulaire pratique; par L. Martinet. In-18. (*Sous presse.*)

MANUEL
DE CLINIQUE
CHIRURGICALE,

Contenant la Manière d'observer en Chirurgie, un Exposé des Signes diagnostiques et des Caractères anatomiques des Maladies chirurgicales, et un Sommaire des Indications curatives;

PAR A. TAVERNIER,

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS, ANCIEN CHIRURGIEN DU TROISIÈME RÉGIMENT D'ARTILLERIE DE LA MARINE, ETC.



A PARIS,

CHEZ GABON ET CIE., LIBRAIRES,

RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE;

ET A MONTPELLIER, CHEZ LES MÊMES, GRAND'RUE.

1826.


WELLCOME
LIBRARY
INSTITUTE

AVANT-PROPOS.

Cet ouvrage n'est point un traité de chirurgie; nous ne croyons pas qu'on puisse avec succès faire passer dans un in-18 tous les préceptes d'une science dont les seuls élémens remplissent plusieurs gros volumes in-octavo. L'art n'en est point encore à un tel degré de perfection qu'on puisse réduire en corollaires les connaissances sans nombre qui composent son domaine.

Notre unique dessein, en publiant ce Manuel, est de mettre entre les mains des Elèves un livre qui puisse leur servir de guide dans l'étude si difficile des maladies au lit du malade.

Nous avons pensé que le moyen d'arriver à ce but, serait moins d'ajouter un nouveau précis élémentaire à tous ceux qui existent

déjà, que de tracer quelques règles sur l'observation en chirurgie et la manière d'arriver le plus promptement et le plus sûrement possible à la connaissance des diverses affections chirurgicales. En conséquence, nous avons cru devoir adopter le plan suivant :

Nous avons divisé l'ouvrage en deux parties : l'une renferme tout ce qui est relatif à l'observation ; l'autre contient la description des signes diagnostiques des maladies chirurgicales.

Dans la première, nous avons cherché, 1°. à faire sentir l'utilité des cliniques des grands hôpitaux ; 2°. à indiquer la manière la plus convenable de procéder à l'étude des maladies chirurgicales, en traçant les principes de l'observation ; 3°. enfin, à exposer les différens modes d'exploration auxquels on doit avoir recours pour établir le diagnostic de certaines affections.

Dans la seconde, toutes les maladies que la règle ou l'usage indiquent comme étant du ressort de la chirurgie, y sont caractéri-

sées, autant que l'état de la science le permet, par leurs phénomènes propres, considérés et dans les symptômes qu'elles présentent pendant la vie, et dans les dérangemens organiques qu'on trouve après la mort. Pour les classer nous avons suivi l'ordre topographique, que nous croyons beaucoup plus convenable que tout autre pour ce genre d'ouvrage essentiellement pratique; d'ailleurs nous n'avons pas voulu donner une classification des maladies, et celle-là nous a paru la meilleure qui est la plus commode pour un manuel de diagnostic. Dans la division purement arbitraire que nous avons faite des diverses régions du corps, nous nous sommes quelquefois écarté des usages reçus, ayant moins égard, en fixant les limites de chacune de ces régions, aux considérations anatomiques ou physiologiques qui pouvaient s'y rattacher, qu'aux maladies qui leur appartenaient spécialement. Quant aux tableaux placés en tête de chaque région,

ils ont pour objet d'aider l'observateur à reconnaître la maladie qu'il étudie, de lui présenter réunies toutes celles qui peuvent se rencontrer dans cette région, et de lui donner la facilité de faire ses recherches avec promptitude, sans qu'il soit obligé de consulter la table des matières.

On nous reprochera peut-être d'avoir fait figurer au nombre des affections chirurgicales certaines maladies internes, et quelquefois même de simples symptômes; nous répondrons que nous avons cru devoir nous conformer, en ce point, aux ouvrages qui passent pour les meilleurs sur cette matière, attendu que dans un livre destiné principalement aux élèves, il s'agissait moins de présenter des idées nouvelles que d'exposer fidèlement l'état de la science. C'est aussi dans cet esprit que nous avons traité des signes diagnostiques; et si les caractères des maladies ne sont pas tous également tranchés, c'est que la science du diagnostic n'est pas

encore parfaite, et qu'il ne nous était ni possible ni permis de suppléer au silence des maîtres de l'art.

Après avoir donné les signes d'une maladie, nous rappelons très-sommairement les indications à remplir. Sous ce rapport, notre *Manuel* laisserait beaucoup à désirer si c'était un traité de chirurgie; mais comme il ne doit contenir que ce qui touche à l'observation, il ne nous était pas possible, à moins d'en changer le caractère, d'entrer dans plus de détails sur ce qui regarde le traitement; cette partie, d'ailleurs, est assez intéressante et assez compliquée pour nécessiter des développemens que n'aurait pu contenir un cadre aussi resserré; on les trouvera dans le *Manuel de Thérapeutique chirurgicale* que nous allons publier incessamment.

Nous n'avons fait aucune citation dans le cours de cet ouvrage; ce n'est pas que nous voulions nous attribuer tout le mérite de ce qu'on peut y rencontrer d'utile; mais c'est parce qu'il nous a paru peu nécessaire de

prévenir qu'un livre tel que celui-ci, qui passe en revue toutes les maladies pour indiquer ce que l'expérience a appris de positif sur chacune d'elles, ne peut avoir été écrit qu'à l'aide de tous les bons livres de pathologie qui ont paru avant lui. Sans cela aurais-je pu ne pas citer les travaux des Boyer, des Dupuytren, des Richerand, des Roux, des Delpech, des Scarpa, des Maunoir, des Lallemand, etc., etc.?

PREMIÈRE PARTIE.

MÉTHODE D'OBSERVATION

APPLIQUÉE

AUX MALADIES CHIRURGICALES.

DE L'OBSERVATION EN GÉNÉRAL.

Nécessité d'un ouvrage élémentaire sur la manière d'observer.

I. Pour celui qui se livre à l'étude de la médecine, l'importance et les difficultés de l'art ne commencent guères à se faire sentir qu'au moment où, possédant déjà les secrets de notre organisation, connaissant le mécanisme de nos fonctions, il vient, dans les hôpitaux, apprendre à observer, à reconnaître, à guérir les souffrances multipliées de ses semblables. Jusques-là simple écolier, pour ainsi

dire, il ne lui a fallu, pour atteindre au plus haut degré de connaissances en anatomie et en physiologie, que du travail et de la mémoire; mais arrivé au lit du malade, il va remplir un rôle plus important et bien plus difficile, le rôle d'observateur, qui exige de nombreuses qualités, sans lesquelles le médecin ne peut ni étudier avec fruit, ni pratiquer avec succès.

Quelque grande que soit son aptitude, quelqu'ardent que soit son zèle, il sentirait bientôt l'insuffisance de l'un et de l'autre, si, débutant dans la carrière de l'observation, il n'avait, pour éclairer sa marche, des guides fidèles et expérimentés. Ces guides sont : les livres qui renferment les règles de l'art, fruit de l'expérience de nos prédécesseurs; les cliniques des hôpitaux, où l'on trouve l'exemple à côté du précepte, où la science, transmise par tradition, est rendue plus facile et plus attrayante.

Depuis Corvisart et Desault, fondateurs de l'enseignement clinique en France, nous n'avons point manqué de professeurs habiles;

mais, pour que leurs savantes leçons eussent tout le succès désiré, il aurait fallu que les élèves connussent préalablement les principes de l'art d'observer, et qu'un ouvrage sur cette matière leur eût appris les moyens de procéder méthodiquement à l'exploration des maladies.

Comment l'utilité, si généralement sentie aujourd'hui, de l'étude des maladies au lit du malade, n'a-t-elle pas engagé quelques-uns des médecins placés à la tête de l'instruction, à tracer un plan d'éducation clinique? Un tel ouvrage aurait eu certainement pour résultat d'affranchir les commençans de beaucoup de tâtonnemens, d'erreurs et de dégoûts, d'augmenter le nombre des élèves studieux, et par suite nécessaire celui des médecins instruits. M. Martinet, occupant, à l'Hôtel-Dieu, une place qui l'a mis à même de sentir plus qu'un autre de quel avantage serait un pareil travail, a le mérite d'avoir, le premier, rempli cette lacune, par la publication de son *Manuel de Clinique médicale;* depuis, M. Rostan a fait paraître son *Cours de Clinique.* Ce que M. Mar-

tinct a fait pour les maladies qui sont du domaine de la pathologie interne, nous avons essayé de le faire pour les maladies chirurgicales; nous avons cherché, de cette manière, à être utile à ceux qui suivent les cliniques de chirurgie, en leur faisant sentir tout le prix qu'ils doivent attacher à ce mode d'instruction, qu'aucun autre ne peut remplacer avec avantage; en leur traçant quelques règles qui sont indispensables pour tirer de l'observation tout l'avantage possible; en leur indiquant enfin les moyens les plus propres à se former de bonne heure à la science difficile du diagnostic.

Utilité des études cliniques.

II. En vain lirait-on tous les ouvrages que nous ont laissés nos devanciers, en vain méditerait-on sans cesse les excellens préceptes des maîtres de l'art; si l'on ne constatait par soi-même les vérités qu'ils renferment, en observant la nature, on ne parviendrait jamais à posséder ces connaissances pratiques qui

sont le but des efforts du médecin : on pourrait être un savant, mais on ne serait point praticien. En chirurgie, comme dans tout ce qui est art, savoir n'est pas tout, il faut savoir faire, et l'on ne sait faire que lorsqu'on a déjà pratiqué. Nous entendons parler ici non-seulement de ce qui a rapport aux opérations chirurgicales, mais encore de ce qui regarde l'observation des maladies. Ainsi, par exemple, un élève a appris que la fluctuation est le signe pathognomonique de la présence d'une collection de liquide au milieu de nos parties : il veut s'assurer, au moyen de ce phénomène, si telle tumeur qu'il observe et qui a été le siége de symptômes inflammatoires contient du pus ; comment y parviendra-t-il s'il ne sait pas d'abord de quelle manière il doit explorer cette tumeur? En supposant même qu'il sache par quels procédés on peut sentir la fluctuation, si celle-ci est obscure, et surtout s'il n'a pas cette finesse de tact que procure l'habitude, il ne la découvrira pas, tandis qu'un homme exercé la reconnaîtra bientôt, et n'hésitera pas (si

toutefois aucune circonstance ne s'y oppose) à plonger l'instrument jusqu'au centre d'un foyer profondément situé sous les muscles.

Importance des institutions cliniques.

III. La chirurgie ne s'apprend donc parfaitement qu'en pratiquant, et la pratique commence, en quelque sorte, pour l'élève, dès qu'il entre dans un hôpital; car, bien observer les maladies qu'un médecin exercé traite sous vos yeux, c'est presque les traiter soi-même. On doit sentir, en conséquence, combien sont précieuses, non-seulement pour la science, mais encore pour l'humanité, ces cliniques où les jeunes gens peuvent apprendre à guérir les maladies sans craindre de nuire aux malades, et dont l'effet est de donner à la société des médecins qui possèdent déjà de l'expérience au début de leur carrière, et ne viennent point, comme cela s'est vu plus d'une fois, commencer à s'instruire, le jour où ils sont appelés à pratiquer.

S'il en est ainsi, l'expérience qui, aux yeux

des gens du monde, fait tout le mérite de l'homme de l'art, n'est donc pas nécessairement et uniquement en rapport avec le nombre des années; le jeune homme qui, possédant les qualités d'un bon observateur, qui, prolongeant le temps de ses études au-delà des limites assignées par les réglemens, a suivi, plusieurs années, avec tout le zèle dont il est susceptible, les visites des hôpitaux, a observé, avec autant de soins que s'il eût dû les soigner lui-même, toutes les maladies qui se sont présentées à lui; ce jeune homme n'aura-t-il pas acquis autant et plus d'expérience que la plupart de ceux qui, lancés de bonne heure dans la pratique, et n'ayant pas eu, par conséquent, assez de temps pour acquérir des connaissances approfondies, sont parvenus à la vieillesse, non pas avec plus de science, mais avec ce vernis de savoir, cette assurance que donne l'habitude, et que le monde nomme de l'expérience?

Pour les premiers, la médecine est un art; pour les seconds, c'est à peu près un métier. L'un, plus instruit, sait qu'il faut encore ap-

prendre et saura douter ; les autres ne doutent jamais, ne savent plus, ne peuvent plus s'instruire, et conservent, sans pouvoir les réformer, les erreurs qui naissent de l'imperfection de leur éducation médicale ; d'ailleurs, au milieu des distractions sans nombre qu'offre la société, des fatigues et des soucis de la pratique, comment pourraient-ils tirer quelque parti d'observations faites sans méthode et à la hâte ? comment surtout se défendraient-ils de cette conscience d'infaillibilité, obstacle invincible aux rectifications des idées fausses, défaut trop commun chez les hommes qui ont de l'âge et qui comptent quelques succès ?

Moyens de suivre avec avantage les cliniques des hôpitaux.

IV. Si les cliniques des grands hôpitaux doivent produire d'aussi heureux effets, quel est l'élève qui n'en sentira pas toute l'importance, qui négligera de profiter des avantages nombreux qu'elles présentent ? Celui qui les fréquente avec assiduité, peut, en quelques

années, avoir vu et observé plusieurs fois toutes les maladies qui affligent l'humanité, avoir été témoin des résultats des divers modes de traitement employés pour chacune d'elles, de tentatives nouvelles, heureuses ou malheureuses, contre des affections peu connues ou rebelles aux moyens ordinaires ; il peut enfin posséder un recueil précieux des faits qu'il aura observés. Les services rendus par les cliniques seraient plus remarquables encore, si le nombre des élèves qui en tirent tout le fruit désiré était égal à celui des personnes qui les fréquentent; mais il n'en est point ainsi, et malgré les talens des professeurs qui les dirigent, malgré les ressources de tout genre qu'elles offrent pour l'instruction, on voit beaucoup de commençans les déserter ou y assister sans profit, ou au moins ne commencer à en tirer quelqu'avantage qu'au moment où ils sont près de terminer leurs études. La cause en est dans l'espèce d'abandon où se trouve celui qui commence à observer. Sans guide, il ne sait quelle marche suivre pour étudier les maladies qu'il

a sous les yeux; embarrassé du choix qu'il doit faire parmi les cas plus ou moins nombreux qui se présentent à lui, il croit, s'il est zélé, devoir les observer tous : mais il se trompe; ses observations seront nécessairement incomplètes; son temps sera perdu. Cependant, courant sans ordre d'un lit à un autre, voyant aujourd'hui un malade qu'il ne pourra voir demain, parce que la foule des autres observateurs l'empêchera d'en approcher; donnant, en général, la préférence à telle affection, parce qu'elle est ou plus rare ou plus grave, il va s'en fier à sa mémoire pour se rappeler tout ce qu'il aura vu, ou bien il va tracer à la hâte quelques notes; mais les impressions trop multipliées seront bientôt effacées, et les notes prises sans méthode deviendront insuffisantes. Suivant donc presque machinalement le professeur et la troupe qui l'accompagne, il arrivera à la fin de la visite, l'esprit fatigué, rempli d'objets nouveaux, amassés confusément : il aura vu des malades, observé beaucoup de symptômes, mais n'aura point étudié de ma-

ladies. Vient enfin le moment de la leçon, où le professeur passant en revue quelques-unes des affections qu'il a observées, va rappeler ce que chacune d'elles offre de remarquable ; mais, quelque lumineuse, quelque savante que soit cette leçon, comme elle n'est que le compte rendu de ce qui s'est passé pendant la visite, elle sera nulle pour celui qui n'a point observé ou qui a mal observé les maladies qui en font le sujet.

Pour prévenir ces graves inconvéniens, l'élève devra donc adopter de bonne heure une marche méthodique ; il devra savoir quelles doivent être les qualités de l'observateur afin de chercher à acquérir celles qui lui manquent; il devra connaître les principes suivant lesquels il convient d'observer les maladies et d'en tracer l'histoire ; il devra connaître enfin les circonstances les plus propres à rendre le diagnostic plus sûr et plus facile. Nous allons lui tracer quelques règles à cet égard dans les paragraphes suivans, en le renvoyant, pour certains détails qui ne peuvent trouver place ici, au *Manuel de Clinique médicale* de M. Martinet.

L'élève qui commence à suivre la clinique, doit se faire une loi de n'observer d'abord que peu de malades à la fois, et d'apporter dans leur examen autant d'attention que s'ils étaient confiés à ses soins et que si sa réputation y était intéressée. En observant peu de maladies, il les étudiera mieux; en les observant comme s'il devait les traiter lui-même, non-seulement il ne négligera aucune circonstance propre à l'éclairer; mais, en outre, il portera plus d'intérêt au malheureux qui sert à son instruction, il aura pour lui les égards, les attentions auxquels il sera tenu un jour envers ses cliens.

S'il est avantageux de ne recueillir qu'un petit nombre d'observations à la fois, il ne l'est pas moins de connaître tous les malades qui sont à la clinique, parce que l'élève, obligé d'examiner soigneusement chacun d'eux afin de connaître son affection, acquerra bientôt ce tact si nécessaire pour diagnostiquer avec sûreté. On fera donc une liste sur laquelle on inscrira le nom de la salle, le numéro du lit, le nom du malade et celui de la maladie. Au

moyen de cette liste, qui ne demandera pas un grand travail puisqu'il n'y aura qu'à y porter, comme nous venons de l'indiquer, les malades nouveaux, et à en effacer ceux qui sortent, on pourra, pendant la leçon, se représenter chacune des maladies dont le professeur parlera; l'attention sera soutenue, on écoutera mieux, on profitera davantage que si ces maladies vous étaient tout à fait étrangères. Si, parmi les malades inscrits sur cette liste, il s'en trouvait qui présentassent quelque circonstance extraordinaire ou très-intéressante, changeant pour ces derniers la marche adoptée, on recueillerait leur l'histoire, dans la crainte de ne plus rencontrer la même occasion.

Convient-il d'observer indistinctement les divers cas pathologiques qui se présentent, ou bien doit-on faire un choix, parmi les affections si nombreuses et si variées que renferment les salles de clinique? Nous pensons qu'une marche quelconque est indispensable: ainsi il serait bien, par exemple, d'observer en premier lieu les maladies qui peuvent

occuper indifféremment la plupart des régions du corps, et qui sont en même temps très-communes, parce que la connaissance de ces maladies rendrait beaucoup plus facile l'étude des affections propres à chaque région en particulier. On devrait donc ne passer à l'examen de ces dernières qu'après avoir étudié les autres avec soin. Cette marche serait sans doute peu convenable pour un cours, pour un traité de pathologie, où l'on doit considérer la science dans son ensemble, où, dans le dessein de soulager la mémoire, d'aider l'intelligence des commençans, on présente les maladies dans ce qu'elles ont de commun sous le rapport de leurs causes, de leur nature, de leurs signes, de leur traitement ou des organes qu'elles affectent; mais ici elle remplit le but proposé, celui de diriger l'élève dans l'étude des spécialités. On suit une clinique pour savoir reconnaître et traiter chaque maladie en particulier; on assiste à un cours, on lit un ouvrage de pathologie pour apprendre à étudier ces maladies; dans les cours comme dans les livres, les

classifications, les théories, sont un point important; auprès des malades, les théories les plus ingénieuses, les classifications les plus méthodiques sont également défectueuses et quelquefois nuisibles. Il est donc peu important de suivre telle ou telle méthode, il importe seulement d'en adopter une. Celle que nous proposons nous paraît la plus naturelle, la plus pratique, aussi l'avons-nous suivie dans la seconde partie, pour grouper les maladies dont nous exposons les caractères.

Lorsque le choix des malades à observer sera fait, l'élève devra procéder à leur examen en suivant les règles que nous donnons dans les chapitres suivans.

Les premiers renseignemens sur la maladie étant recueillis, le diagnostic étant formé, soit par le professeur de clinique, soit par l'observateur lui-même, celui-ci aura soin, avant de continuer ses observations, d'aller puiser dans les auteurs qui traitent de cette maladie les connaissances qui lui sont nécessaires pour la bien observer et l'étudier avec fruit. Aucune espèce d'ouvrage n'est

préférable, dans ce cas, aux bonnes monographies; leur mérite n'est pas assez senti par les élèves, qui trouvent beaucoup plus commode de consulter les traités généraux : ces traités, cependant, ne doivent être considérés que comme des résumés plus ou moins méthodiques des travaux particuliers; et ce n'est qu'en méditant ces derniers qu'on peut parvenir à posséder parfaitement son art.

Cette précaution, de consulter les ouvrages, n'est pas seulement applicable aux maladies qu'on observe pour la première fois, nous la conseillons aussi quand on doit être témoin d'une opération chirurgicale qu'on n'a pas encore vu pratiquer. L'élève devra donc s'imposer l'obligation de lire la description de cette opération, la veille, ou mieux, le jour qu'elle doit avoir lieu; par ce moyen, aucune manœuvre de l'opérateur ne lui échappera; tout sera pour lui un sujet de méditation; les choses qui, sans cela, eussent passé inaperçues, comme la situation du malade, la disposition et le nombre des aides, le choix des instrumens, la position de l'opérateur relativement

a l'opéré, la composition de l'appareil de pansement, etc., mille détails enfin qui font souvent tout le succès d'une opération, qui la rendent très-aisée ou très-difficile, qui sont beaucoup pour celui qui opère, fort peu pour celui qui n'a point de connaissances; toutes ces choses laisseront dans sa mémoire des traces qui ne s'effaceront jamais.

Il est encore une autre précaution qu'on ne doit point négliger, c'est d'examiner seul, avant la visite, les malades dont on rédige l'observation, puis de les revoir en même temps que le professeur, et de comparer alors le mode d'exploration adopté par celui-ci, ainsi que le diagnostic qu'il a établi, avec le procédé qu'on a mis soi-même en usage pour l'examen de la maladie, et le jugement qu'on aura porté.

Qualités de l'observateur.

V. Il ne suffit pas, pour bien observer, ni de savoir comment on doit faire, ni même de posséder certaines qualités qu'on peut acqué

rir par le travail ; il faut encore que celui qui se livre à ce genre d'occupation soit doué de dispositions particulières qu'on ne doit qu'à la nature ; c'est dire que tout le monde n'est point propre à l'observation. En effet, tous les médecins observent, mais on compte les grands observateurs.

Outre une bonne éducation première, indispensable à quiconque étudie les sciences, outre les qualités morales sans nombre que tout homme de l'art doit posséder pour pratiquer honorablement, l'observateur-chirurgien doit apporter au lit du malade des connaissances assez étendues en physique, en chimie, en mécanique, en matière médicale, et surtout en anatomie et en physiologie ; il doit connaître les principes généraux de pathologie interne et externe ; il doit avoir des sens fidèles, un esprit pénétrant, un jugement sain, et assez de sagesse pour savoir douter sans être incrédule. Capable d'une attention forte et soutenue, sans prévention, comme sans vanité, il doit apporter, en observant, ce zèle ardent pour la science, qui ne connaît ni dé-

goûts ni obstacles, cette bonne foi qui rend si scrupuleux dans les recherches, si réservé dans l'exposition des faits; enfin, pénétré des égards qu'il doit au malheur, il évitera d'être pour les malades un sujet de crainte et de douleur; au contraire, il devra faire preuve auprès d'eux d'une patience sans bornes; il saura donner à ses formes et à son langage cette douceur, cette aménité d'autant plus précieuses pour celui qui souffre, qu'elles sont à ses yeux la mesure de l'intérêt qu'on lui porte.

Manière de rédiger une observation.

VI. Ce n'est point assez, pour faire de rapides progrès dans l'étude des maladies, d'assister avec assiduité aux exercices cliniques, en ayant même toutes les dispositions nécessaires; s'en rapporter à son zèle pour examiner convenablement les malades, s'en fier à sa mémoire pour retenir tout ce qu'on aura vu serait une erreur : il faut encore, si l'on ne veut pas s'exposer à perdre son temps, re-

cueillir avec soin l'histoire de chacune des affections qu'on devra observer. Ces histoires particulières portent le nom d'*observations*.

Une *observation* doit être l'exposé clair, fidèle et complet, de ce qu'on a observé; on doit la considérer comme un portrait dont le mérite essentiel est la ressemblance : l'observateur, en la rédigeant, devra s'attacher à y représenter ce qu'il aura vu, de telle manière que celui qui en prendra lecture puisse se faire l'idée la plus nette de la maladie, sans avoir le moindre doute sur l'exactitude de ses détails.

Les qualités que doit offrir le style d'une observation, sont : la correction, l'élégance sans faux ornemens, un choix d'expressions claires, généralement admises, et qui expriment le plus fidèlement possible les impressions qu'on a reçues. Un style correct est la preuve d'une éducation première soignée, c'est presque une garantie en faveur des lumières de l'auteur ; un style chargé d'ornemens inutiles, non-seulement dénote le mauvais goût de l'écrivain, mais peut encore faire douter de la fidélité de l'observateur,

en donnant à son récit la tournure d'un roman ; un style plein de néologisme est toujours obscur, quelquefois inintelligible, et peut, par conséquent, rendre inutile l'observation la plus intéressante; enfin, un style pittoresque est indispensable pour conserver, dans la description des maladies, la physionomie propre à chacune d'elles.

Toute observation doit offrir:

1°. Un préambule indiquant le nom, l'âge, le sexe, la constitution, la profession du malade, ainsi que la date de son entrée à la clinique, le nom de la salle et le numéro du lit.

2°. Un commémoratif, c'est-à-dire l'historique des circonstances qui ont précédé le moment où l'on examine le malade, et qui, pour les maladies chirurgicales, se borne souvent à l'indication des causes.

3°. Une partie descriptive, dans laquelle on doit exposer sans omission grave, comme sans détails inutiles, non-seulement tous les phénomènes morbides qu'on observe, en ayant soin de commencer d'abord par ceux qui sont

propres à la maladie et forment ses caractères diagnostiques, mais aussi les moyens de traitement mis en usage (*). Cette première description des symptômes doit être faite avec un très-grand soin, parce que, pour la plupart des affections purement chirurgicales, on trouve là, pour ainsi dire, toute la maladie, et qu'elle ne laisse ensuite autre chose à faire que de relater, de la manière la plus concise, les changemens qui surviendront et les modifications apportées dans le traitement. Et comme il arrive bien souvent qu'une lésion externe, une fracture simple, par exemple, n'offrira rien de remarquable, lorsqu'elle aura été bien reconnue et que les indications auront été remplies, l'observateur, après avoir exposé ces premières circonstances, n'aura plus qu'à faire mention (à moins qu'il ne survienne des accidens) que de la durée de la maladie et de son mode de terminaison. C'est pour cela qu'on peut recueillir un plus grand nombre

(*) On satisfera facilement à cette obligation en consultant la seconde partie de cet ouvrage.

de faits dans les cliniques de chirurgie que dans celles de médecine. Les maladies internes, en effet, rarement bornées à un seul organe, s'accompagnent, en outre, d'une foule de phénomènes sympathiques qui en rendent l'étude si difficile ; exposées à des variations fréquentes, à des changemens instantanés plus ou moins brusques, elles exigent, dans beaucoup de cas, que l'observateur fasse chaque jour, une fois au moins, le relevé des symptômes les plus importans ; on ne saurait donc en observer avec soin que peu à la fois.

4°. Enfin, une observation doit se terminer par un résumé des particularités les plus remarquables qu'elle aura offertes, et par les réflexions qu'on aura faites à son sujet ou qui auront été présentées par le professeur dans ses leçons. On transcrira ce résumé et ces réflexions sur une feuille à part, qui sera placée au commencement. Cette disposition a pour but de faciliter les recherches quand on voudra consulter ses observations, en évitant la peine de les relire en entier pour connaître leur contenu. Les réflexions

que nous conseillons d'ajouter à l'historique de la maladie ont pour avantage de fournir à l'élève l'occasion d'appliquer les connaissances qu'il possède déjà, d'étendre ses connaissances et de développer sa pensée par des méditations fréquentes sur des sujets qui devront un jour lui être très-familiers ; enfin, de le mettre, plus tard, à même de profiter des idées heureuses comme des erreurs qu'elles pourraient renfermer.

DU DIAGNOSTIC.

Importance du diagnostic.

VII. « La science du diagnostic tient le premier rang entre toutes les parties de l'art, et en est la plus utile et la plus difficile. Le discernement du caractère propre de chaque maladie et de ses différentes espèces est la source des indications curatives. Sans un diagnostic exact et précis, la théorie est tou-

jours en défaut, et la pratique souvent infidèle (*). »

Comme l'heureuse issue d'une maladie dépend en grande partie de l'emploi rationnel des moyens thérapeutiques; comme le choix de ces moyens est fondé sur la nature de la maladie, et la connaissance de celle-ci sur l'appréciation exacte de ses phénomènes propres ou *signes*, il importe, avant tout, que l'élève, en commençant le cours de ses études cliniques, s'attache spécialement à connaître ces caractères distinctifs. Il ne saurait y parvenir autrement qu'en observant un grand nombre de maladies. Aussi, réitérons-nous ici le conseil que nous avons donné précédemment, d'examiner chaque malade qui entre à la clinique, ne serait-ce que pour former le diagnostic de l'affection qu'il présente.

C'est en adoptant cette marche, c'est en la suivant avec persévérance, que l'élève pourra prétendre à ce *tact médical* qui n'est pas moins

(*) Louis, *Mémoire sur les tumeurs fongueuses de la dure-mère.*

l'effet d'une longue pratique, que de l'aptitude particulière de celui qui le possède. Cette qualité précieuse qu'on doit ambitionner, et qui distingue les grands praticiens, consiste moins peut-être dans l'habileté à saisir les indications curatives, que dans l'art d'établir un diagnostic exempt d'erreur. En effet, les indications sont plus ou moins précises, selon que le caractère de la maladie est plus ou moins bien apprécié; d'ailleurs, soumises, pour la plupart, en chirurgie surtout, à des règles déterminées, on peut, dans les cas embarrassans, acquérir sur elles des connaissances suffisantes en compulsant les auteurs; mais avec des livres seuls parviendrait-on jamais à discerner ces maladies que leurs complications ou l'obscurité de leurs symptômes rendent presque méconnaissables? Les livres indiqueront bien, il est vrai, à quels signes on peut les reconnaître; mais donneront-ils en même temps aux sens cette finesse nécessaire pour saisir certains phénomènes fugitifs et peu apparens? donneront-ils encore, ce qui est indispensable, un esprit pénétrant

et attentif, un jugement droit? Non sans doute; il doit donc être souvent plus difficile de porter un diagnostic exact que de juger sainement des indications à remplir; et comme le talent, dans la science du diagnostic, peut s'acquérir en grande partie par l'habitude de voir des malades, le jeune médecin qui aura suivi, pendant quelques années et de la manière que nous l'indiquons, les cliniques des grands hôpitaux, riche déjà de sa propre expérience, commencera la pratique de son art avec *ce tact médical* qu'on croit n'être l'apanage que de quelques hommes privilegiés.

Difficultés du diagnostic.

VIII. Les causes qui rendent le diagnostic difficile ou incertain sont nombreuses. Elles peuvent provenir ou de l'observateur lui-même, ou du malade, ou de la maladie. Les premières sont : l'imperfection ou le défaut d'exercice des sens de celui qui observe, le peu de dispositions naturelles pour l'observation, ou l'insuffisance des connaissances préliminaires.

Les secondes consistent dans la difficulté ou même l'impossibilité d'obtenir des renseignemens exacts sur la cause de la maladie, sur les circonstances qui l'ont précédée, ou sur certains phénomènes dont le malade seul peut rendre compte, parce que celui-ci est incapable de faire aucune réponse ou d'en faire de justes, ou parce qu'il peut avoir l'intention de tromper; enfin, celles qui sont fournies par la maladie dépendent ou de son siége même, soit dans un organe profond, soit dans un organe dont les fonctions sont peu connues, ou de sa rareté, ou de ses complications, ou surtout de l'obscurité de ses symptômes.

Il suffit ici d'avoir indiqué sommairement les difficultés du diagnostic; nous étendre davantage ce serait entrer inutilement dans le domaine de la pathologie; nous pensons d'ailleurs que des considérations sur ce sujet, exposées d'une manière générale, ont peu d'avantages; nous préférons en faire l'application lorsque nous parlerons des précautions à prendre pour établir le diagnostic des affections chirurgicales.

Nous dirons également peu de choses sur la manière d'interroger un malade, parce que des principes généraux ne seraient applicables que dans le plus petit nombre de cas, et que les questions à faire, ainsi que les moyens d'exploration à mettre en usage, varient, sinon pour chaque maladie, du moins pour beaucoup d'entre elles.

Toute maladie, c'est-à-dire toute altération notable dans l'arrangement ou la structure de quelqu'organe ou dans l'exercice de quelque fonction, se manifeste par des symptômes, c'est-à-dire par des phénomènes qui en sont l'effet nécessaire; mais parmi ces symptômes, il en est qui sont communs à plusieurs affections différentes, il en est d'autres aussi qui appartiennent exclusivement à chacune d'elles. C'est donc par la connaissance, par l'appréciation exacte de ces derniers, qu'on peut arriver à la distinction des maladies. Cependant les symptômes ne fournissent pas seuls des signes, ceux-ci peuvent être aussi le résultat de renseignemens précis sur la cause de la lésion, sur son début, sur sa marche, et

même sur les effets obtenus par les agens thérapeutiques. Il s'ensuit que les signes diagnostiques se composent de toutes les circonstances propres à faire connaître une maladie, et qu'ils exigent de la part de l'observateur un travail intellectuel assez compliqué, des connaissances très-étendues, qu'on ne peut point attendre de celui qui vient observer pour la première fois. C'est afin d'aplanir ces difficultés et d'exciter le zèle des élèves pour l'étude des maladies au lit du malade, en leur épargnant beaucoup d'hésitations et de recherches souvent infructueuses, c'est pour suppléer en quelque sorte aux lumières qui leur manquent encore, que nous avons tracé les caractères des maladies chirurgicales. Nous avons voulu aussi guider, dans le diagnostic de ces maladies, les personnes qui ne s'occupent point habituellement de chirurgie, et c'est à dessein que nous n'avons indiqué que ce qui était nécessaire pour bien diagnostiquer : nous l'avons fait, afin d'obliger les uns et les autres à recourir soit aux traités généraux de pathologie externe, soit aux mono-

graphies que ne peuvent jamais remplacer les abrégés les mieux faits, et qui sont les uniques sources où l'on doive puiser tout ce qu'il est nécessaire de savoir sur les causes, les symptômes, la marche, le pronostic, le traitement et la théorie de ces lésions.

Les changemens survenus dans l'état d'un organe à propos d'une maladie sont plus ou moins accessibles à nos sens : ceux-ci transmettent à l'esprit les impressions qu'ils en ont reçues, et l'esprit, par une opération particulière, les transforme en signes. On conçoit que le diagnostic sera d'autant plus facile et sûr, que le jugement sera plus sain et les sens plus fidèles. Cependant, il ne suffit pas d'être apte à bien voir et à bien juger pour tirer tout le parti possible des phénomènes morbides qu'on observe ; il faut encore connaître les principes de l'observation et les précautions à apporter dans l'exploration des maladies. Ainsi, parmi les symptômes, il en est de très-apparens, qui par conséquent seront appréciables pour tout le monde et sans aucune précaution préliminaire; il en est d'autres, au con-

traire, qui, beaucoup moins saillans, exigeront de la part de l'observateur certaines connaissances, l'emploi de certaines manœuvres sans le secours desquelles ils seraient obscurs ou même insensibles. Chacun, par exemple, saura reconnaître une plaie; quiconque aura observé un érysipèle et un phlegmon, pourra plus tard constater au premier aperçu leur différence ; mais l'homme de l'art seul saura distinguer ces mouvemens souvent obscurs d'expansion que présente une tumeur anévrysmale à chaque contraction du cœur, du mouvement de soulèvement communiqué à une tumeur enkystée ou autre développée dans le voisinage d'une artère ; lui seul saura discerner la mollesse élastique d'une anse intestinale herniée, et la fluctuation profonde d'un foyer purulent situé au milieu de nos organes, parce que non-seulement il saura d'avance que ces symptômes peuvent exister, non-seulement il les aura constatés plus d'une fois ; mais encore il connaîtra les différens procédés à l'aide desquels il pourra obtenir ceux d'entre ces phénomènes qui

ne se manifestent pas spontanément aux sens.

Nous allons donc essayer de mettre l'observateur dans la condition la plus favorable auprès d'un malade, en lui indiquant les précautions à prendre dans l'observation des différentes maladies.

Exploration des maladies chirurgicales.

IX. La première chose à faire, quand on aborde un malade, est de chercher dans quelle région siége l'affection : ordinairement, le malade lui-même vous l'indique, et, s'il ne peut le faire, un examen plus ou moins attentif va bientôt vous l'apprendre. Lorsque cette première connaissance est acquise, avant de passer outre, on s'enquiert, soit auprès du malade, soit auprès des assistans, si l'état du premier s'y oppose, des diverses circonstances qui ont accompagné ou précédé l'invasion de la maladie. Souvent, dans les lésions externes, les renseignemens qu'on reçoit à cet égard vous font déjà connaître la cause de la mala-

die, et vous font présumer la nature de celle-ci. On sent cependant qu'une autre marche devrait être adoptée, s'il se présentait un cas très-grave qui nécessitât de prompts secours, comme une plaie de tête avec fracture du crâne, accompagnée de symptômes de compression cérébrale, comme une plaie d'un membre avec division de quelque gros vaisseau; il vaudrait beaucoup mieux sans doute explorer de suite la partie lésée, et ne s'informer qu'après des détails de l'événement; car, bien que ces détails pussent être très-intéressans, ils ne dédommageraient pas du temps précieux qu'on perdrait en les recueillant.

La région du corps occupée par la maladie étant connue, il s'agit de savoir quels sont les organes lésés et de quelle nature est la lésion. L'exploration méthodique de la partie doit vous l'enseigner; mais cette exploration n'offre pas toujours la même facilité, et les moyens d'y procéder avec fruit varient, tantôt suivant l'espèce d'affection, tantôt suivant l'organe malade, tantôt même suivant la région du

corps; elle est soumise à quelques précautions que nous indiquons plus loin.

La manière de procéder à la recherche des maladies, en médecine et en chirurgie, doit différer; c'est aussi ce qui a lieu le plus ordinairement. En médecine, où la plupart des altérations morbides, profondément cachées au sein de nos organes, ne se manifestent souvent que par des symptômes généraux ou par des phénomènes sympathiques peu propres à les caractériser, il est souvent nécessaire que l'observateur se livre à un examen préparatoire, pour connaître le siége de l'affection, avant de pouvoir s'occuper d'en constater la nature. En chirurgie, presque toutes les maladies consistent en des dérangemens physiques présentant des phénomènes locaux plus ou moins faciles à saisir, et qui, s'ils ne rendent pas tous également le diagnostic certain, indiquent au moins, dans la plupart des cas, le lieu malade et mènent ainsi, conjointement avec certaines lésions de fonctions, à la découverte de l'organe intéressé. Parmi ces phénomènes locaux extérieurs, les uns consistent dans des altéra-

tions de forme, de grandeur, de couleur, de continuité, de direction, de rapports, etc., et sont communs à des lésions différentes : ce sont ceux qui tombent les premiers sous les sens, et qui servent de point de départ dans les recherches qu'on va faire. Les autres appartiennent d'une manière spéciale à telle ou telle région, parce qu'ils sont le résultat du dérangement des fonctions d'organes qui y sont renfermés. Ces phénomènes sont plus importans que les autres, et conduisent plus surement au diagnostic. Les premiers seront, par exemple, une tumeur, une solution de continuité, un écoulement insolite, une douleur, etc. Les seconds consisteront dans l'abolition, la perversion des fonctions d'un ou de plusieurs organes, et varieront suivant la nature de ces organes. Ainsi, à la région oculaire, ce sera la cécité ou toute autre altération de la vue; ce sera une lésion du mouvement des paupières, un épiphora; tandis qu'à la tête une affection du cerveau se manifestera par le trouble ou la perte des facultés intellectuelles ou du sentiment et du mouve-

ment des muscles de la vie de relation; à la poitrine, une lésion des poumons s'accompagnera de la gêne de la respiration, de crachement de sang, etc. Mais ce ne sont point encore là des signes; car très-souvent les symptômes les plus apparens d'une maladie ne lui appartiennent pas tous exclusivement : il reste encore à découvrir, parmi ces phénomènes, ceux qui sont caractéristiques. On n'y parvient qu'à l'aide d'un travail intellectuel, assez facile quand on a beaucoup d'habitude, mais qui est loin de l'être lorsqu'on commence à observer. Ce travail doit avoir pour résultat de faire apprécier la valeur de chacun des phénomènes morbides qu'on observe, de telle sorte qu'on puisse distinguer les symptômes principaux de ceux qui ne sont qu'accessoires, et transformer les premiers en signes. On sent que la manière de procéder doit varier, pour ainsi dire, selon chaque espèce d'affection; il serait par conséquent beaucoup trop long de chercher à tracer quelques règles à cet égard : d'ailleurs, l'exposition des signes des maladies, que renferme la seconde partie,

mettra l'élève sur la voie, en lui faisant connaître d'avance les phénomènes sur lesquels il devra fixer principalement son attention pour établir le diagnostic.

Néanmoins, il n'est pas suffisant, comme nous l'avons dit plus haut, de savoir à quels signes on peut distinguer telle ou telle affection; il faut encore découvrir ces signes, et ce n'est souvent qu'à l'aide d'une méthode d'observation, qu'on peut appeler expérimentale, qu'on y parvient. Ainsi, la fluctuation, dans un abcès, la crépitation dans une fracture, ne consistent point dans une disposition physique apparente de nos parties; ces phénomènes sont le produit de certains mouvemens que nous imprimons à celles-ci : ils étaient nuls avant que nous eussions fait une application méthodique de plusieurs de nos sens; c'est donc nous qui leur avons donné naissance. Or, quels sont les signes qu'on peut ainsi créer à volonté? dans quels cas doit-on chercher à les obtenir, et par quels procédés y parvient-on? C'est ce que nous allons examiner en traitant des divers modes d'exploration à mettre en usage dans certains cas de chirurgie.

§. I. Exploration des plaies.

Quand on examine une plaie, on doit chercher à se faire une idée exacte de son étendue en largeur et en profondeur, de sa configuration, de l'espèce d'instrument qui l'a produite, enfin de la nature des parties divisées, ce qu'indiquent et la grandeur et la situation de la blessure, et surtout le développement de divers accidens primitifs et consécutifs, comme un écoulement plus ou moins considérable de sang, l'apparition d'une tumeur anévrysmale circonscrite ou diffuse, l'engourdissement, la perte des mouvemens, ou bien des douleurs suivant les trajets nerveux, etc.

A. *Plaies de tête.* Le point essentiel, dans l'examen d'une plaie de tête, est non seulement de s'assurer de l'état des parties extérieures, mais encore, et plus particulièrement, de savoir si les organes intérieurs ont été intéressés; si la plaie s'accompagne de symptômes cérébraux, c'est-à-dire de trouble des facultés intellectuelles ou locomotrices. Il est nécessaire de savoir si les accidens qu'on observe sont dus à

la simple commotion, à un épanchement de sang ou de pus, ou bien à l'inflammation de la pulpe cérébrale ou des méninges. S'il existe des symptômes de compression, il faut chercher à connaître s'ils résultent d'un épanchement à l'intérieur du crâne, ou bien s'ils sont dus à la présence de l'instrument vulnérant ou de tout autre corps étranger dans la plaie, ou à l'enfoncement d'esquilles dans le cerveau. Les circonstances auxquelles la lésion est attribuée, la nature du corps vulnérant, sa saillie hors de la plaie, sa présence dans l'épaisseur des parties, peuvent éclairer sur le premier point; l'examen attentif de la blessure peut fournir des renseignemens suffisans sur le second. Les signes rationnels indiqués autrefois pour reconnaître *à priori* l'existence d'une fracture du crâne, que la non division des parties molles extérieures ne rend pas évidente, n'ont aucune valeur. Ainsi, le son de pot cassé, qu'aura pu entendre le malade au moment de l'accident, la douleur ressentie par le blessé dans l'endroit de la lésion, et qui l'engage à y porter la main,

les douleurs déterminées par les secousses qu'on imprime à la tête, en tirant à plusieurs reprises un linge placé entre les dents, ne peuvent tout au plus que donner quelques présomptions, mais ne fournissent aucun signe de fracture.

Dans le cas où rien n'indiquerait la partie du crâne qui a été contuse, et où il y aurait cependant des symptômes de lésion cérébrale, on devrait chercher à s'assurer s'il y a fracture et où cette fracture existe, afin de remédier le plus promptement possible aux accidens. Il faudrait alors examiner avec soin toute l'étendue du crâne, après avoir rasé le cuir chevelu, puis l'explorer dans toutes ses parties, à l'aide des doigts réunis et étendus, appuyant légèrement par leur pulpe, afin de savoir s'il se trouve quelque part une élévation pâteuse conservant l'impression du doigt, ou si en appuyant sur certain point on détermine, chez un malade plongé dans le coma, de légers mouvemens ou même le réveil. On recommande encore de faire précéder cet examen de l'application sur la tête d'un cataplasme, qui a

pour but de déterminer un engorgement pâteux à l'endroit de la fracture. Enfin, on pourrait, si on y était autorisé par la gravité des accidens, inciser les tégumens dans le lieu où l'on remarquerait des traces de contusion ou seulement l'empâtement dont il vient d'être parlé; on pourrait aussi agrandir une plaie étroite, afin de connaître exactement l'état des os, et trépaner, s'il y avait lieu.

Lorsqu'après une forte percussion à la tête une tumeur a paru, présentant des bords durs et de la mollesse à son centre, on doit éviter de prendre pour l'effet d'un enfoncement des os du crâne, ce qui souvent n'est que le résultat d'un épanchement sanguin sous le cuir chevelu. (Voyez les signes de ces maladies.)

B. *Plaies de poitrine.* Les plaies de cette région méritent un examen très-attentif, en raison de l'importance des organes que peut avoir intéressés l'instrument vulnérant. Il importe de s'assurer 1°. si la plaie est pénétrante, c'est-à-dire si la plèvre a été ouverte; 2°. s'il y a lésion des organes intérieurs ou des gros

vaisseaux, et quel est celui de ces organes ou de ces vaisseaux qui est blessé; 3°. s'il existe un corps étranger dans la blessure.

La pénétration de la plaie n'étant pas une chose indispensable à connaître, lorsqu'il n'y a point d'accidens ou qu'il n'en existe que de légers, cette circonstance d'ailleurs étant suffisamment indiquée par des symptômes d'épanchement de sang dans le thorax ou de lésion des poumons, il ne peut être qu'inutile ou même dangereux de chercher, à l'aide du doigt et de la sonde, si la plaie a pénétré ou non. Il suffit de l'examen des symptômes.

Lorsque les signes de l'hémorrhagie se manifestent, il est nécessaire de savoir si le sang est fourni par les vaisseaux de l'intérieur de la poitrine ou par ceux de ses parois. Lorsque la plaie, située dans le voisinage d'une intercostale ou de la mammaire, offre une certaine largeur, on peut y introduire le doigt et chercher à sentir le jet de sang chaud qui s'échappe du vaisseau lésé, puis, comprimant avec la pulpe de ce même doigt le bord inférieur de

la côte, voir si l'écoulement s'arrête ; ou bien on peut faire pénétrer dans la plaie une carte disposée en gouttière, dont la concavité regarderait le bord inférieur de la côte supérieure, et dont l'extrémité externe serait située plus bas que l'autre : à l'aide de ce moyen, on dirige en dehors l'écoulement du sang, et l'on juge, à l'aspect de ce liquide, s'il est fourni par l'intercostale ; car, dans ce cas, le sang qu'on aperçoit immédiatement à sa sortie du vaisseau est rutilant, fluide et chaud.

Si l'on suppose un épanchement à l'intérieur de la poitrine, on cherche à le constater non-seulement par l'examen attentif des phénomènes qui annoncent un trouble dans la respiration, comme le sentiment de pesanteur vers le diaphragme, l'oppression augmentant par les moindres mouvemens, et portée quelquefois jusqu'à la suffocation, etc. ; mais encore, et plus sûrement, par l'exploration de la poitrine, au moyen de l'*auscultation*, de la *percussion*, *de la mensuration* ou de la *succussion*, qui sont mis en usage toutes les fois qu'on

veut reconnaître la présence d'un liquide dans la cavité des plèvres, ou les diverses altérations des organes respiratoires ou circulatoires.

L'*auscultation*, destinée à faire connaître l'état de la respiration au moyen des différens bruits qui sont produits soit par l'entrée de l'air dans les poumons, soit par le retentissement de la voix, et qui varient suivant l'état des organes thorachiques, est *immédiate* ou *médiate*, c'est-à-dire qu'elle s'opère, soit à l'oreille nue appliquée sur la poitrine, soit à l'aide du stéthoscope. Dans ce dernier cas, l'instrument étant tenu comme une plume à écrire et de telle manière que la main, placée près du bout qui touche la poitrine, le maintienne exactement appliqué, on place une oreille sur l'extrémité libre, et l'on invite le malade soit à respirer plus ou moins fortement, soit à parler, selon qu'on veut juger des phénomènes de la respiration ou de ceux de la voix : pour saisir facilement les premiers, on est dans l'usage de priver l'instrument de son embout. La position que doit avoir le malade varie suivant les différentes régions du thorax qu'on examine; ainsi,

on le fait coucher sur le dos pour explorer les parties antérieures, en se plaçant soi-même des deux côtés du lit successivement; on le fait pencher à droite si l'on veut explorer le côté gauche, *et vice versâ*; on lui recommande d'élever le bras, lorsqu'on veut porter l'instrument dans le creux de l'aisselle. Pour l'exploration des parties postérieures, le malade doit être assis, le corps un peu penché en avant, les bras croisés et le dos tourné du côté de l'observateur. Dans tous les cas, on doit avoir soin 1°. de se placer dans la position la moins gênante, afin de mettre dans ses recherches tout le temps et l'attention nécessaires; 2°. de faire tourner la face du malade du côté opposé à celui où l'on se trouve; 3°. d'examiner successivement et avec soin non seulement les différentes parties du côté où siège l'affection, mais encore le côté sain, pour se mettre à même de mieux saisir les divers phénomènes qui peuvent se présenter (*).

(*) Nous ne pouvons entrer ici dans plus de détails relativement à l'auscultation; d'ailleurs, on peut trouver tout ce qu'il est nécessaire de savoir

La percussion se pratique de la manière suivante : le malade étant assis, n'ayant la poitrine couverte que par la chemise ou tout autre vêtement très-mince, on lui fait prendre l'attitude la plus convenable pour que la partie du thorax qu'on doit explorer fasse saillie. Ainsi, quand on va percuter le dos, on doit recommander au malade de pencher la tête en avant, de courber le tronc dans le même sens et de croiser ses bras sur le devant de la poitrine. Pour percuter un des côtés, le bras correspondant sera porté sur la tête, et le corps penché du côté opposé; enfin, pour l'examen des parties antérieures, le malade sera couché sur le dos, ayant les bras écartés du tronc. On frappe ensuite, avec plus ou moins de force, suivant l'épaisseur des parties molles ou le degré de sensibilité du malade, les différens points de la poitrine, en laissant tomber perpendiculairement les doigts sur les

---

sur l'exploration des trois grandes cavités, dans le *Manuel de Clinique Médicale*, qui se trouve entre les mains de tout le monde.

parties osseuses des parois de cette cavité. Tantôt on percute avec la pulpe des doigts allongés et réunis, tantôt avec leur extrémité, en les rassemblant en cône ou seulement en les fléchissant ; on peut même se servir uniquement du doigt médius à demi-fléchi : nous préférons avoir recours à ce procédé chez les enfans et les personnes maigres : le son qu'on obtient par ce moyen est beaucoup plus net, attendu que le bruit provenant du choc de la peau n'est presque pas sensible, ce qui n'a pas lieu d'après le procédé ordinaire, pour peu surtout qu'on frappe avec un peu de force et que les doigts ne portent pas tous en même temps. Il est nécessaire qu'on pratique la percussion sur les deux côtés du thorax de la même manière, et alternativement dans les mêmes points, pour pouvoir mieux constater la différence qui existe dans la résonnance de l'un et de l'autre. On ne doit point oublier, en percutant, que certaines parties fournissent naturellement un son beaucoup moins clair que les autres ; ces parties sont : la région du

cœur, la partie inférieure du sternum, le tiers inférieur du côté droit, et l'espace occupé par les six dernières vertèbres dorsales.

La mensuration, qui a pour but de s'assurer du défaut de rapport entre l'étendue respective de chacun des deux côtés du thorax, exige que le malade soit assis, et s'opère au moyen d'un fil ou d'un ruban, ou mieux encore, d'une bande de papier étroite, semblable à celles dont se servent les tailleurs pour prendre leurs mesures, et d'une longueur plus que suffisante pour faire le tour de la poitrine. Plaçant donc la partie moyenne du lac ou de la bande de papier, vis-à-vis la ligne médiane du sternum, on en ramène les extrémités horizontalement, jusqu'au sommet d'une apophyse épineuse. Là, on les coupe l'une et l'autre, de telle manière qu'elles se touchent mutuellement, puis on désigne par une marque quelconque, avec l'ongle ou autrement, le point correspondant à la partie moyenne du sternum, ainsi que les côtés droit et gauche. Cela fait, on enlève cette bande, on la plie à l'endroit où se trouve la marque

centrale, et l'on compare alors la différence de longueur des deux chefs, qui donne celle de l'étendue de chacun des côtés de la poitrine. Nous pensons que ce mode de mensuration est plus prompt et plus sûr que celui qu'on met généralement en usage. Lorsqu'il existe un épanchement considérable, la mensuration est inutile; l'œil seul sait apprécier l'augmentation d'étendue du côté malade; aussi doit-on, quand on soupçonne l'accumulation d'un liquide dans la cavité d'une des plèvres, faire placer le malade à son séant ou sur ses pieds, et examiner sa poitrine à quelque distance et par derrière, afin de pouvoir comparer les deux côtés à-la-fois. Celui qui renferme le liquide sera plus bombé, les côtes relevées seront écartées, les intervalles intercostaux seront saillans, et l'hypocondre correspondant sera tuméfié.

Quant à la *succussion*, qui consiste à imprimer de petites secousses brusques au malade, en le saisissant par les épaules, pour entendre le flot du liquide contenu dans la poitrine, c'est un moyen qui présente peu d'avantage,

dont les effets ne s'étendent qu'aux cas d'hydrothorax et de pneumothorax réunis, et qui peut d'ailleurs avoir de graves inconvéniens. Les anciens pouvaient s'en servir; ils n'avaient pas pour explorer la poitrine, les moyens aussi utiles qu'ingénieux que nous possédons depuis quelques années.

C. *Plaies de l'abdomen.* Toute manœuvre tendant à s'assurer si la plaie est pénétrante ou non, est au moins inutile. Si le péritoine ou quelque organe intérieur est intéressé, des accidens graves viendront assez tôt le faire connaître; et s'il ne se manifeste aucun phénomène sérieux, à quoi peut-il être bon de savoir si la cavité du péritoine a été ouverte ou non?

Les larges plaies de l'abdomen avec issue d'une partie des viscères exigent, avant qu'on tente la réduction de ceux-ci, 1°. qu'on examine avec soin l'état des organes qui sont sortis, afin de ne pas remettre dans l'abdomen des intestins ouverts ou gangrénés; 2°. qu'on s'assure que l'étendue de l'ouverture est proportionnée au volume des parties déplacées, que ces dernières ne sont point étranglées, et peuvent au contraire être réduites avec faci-

lité; on risquerait sans cela d'augmenter les accidens, en faisant des efforts de réduction inutiles. S'il existe des signes d'hémorrhagie soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, on doit d'abord chercher à savoir, d'après la situation, la direction, l'étendue de la plaie, si le sang est fourni par une des branches artérielles de l'épigastrique ou de la mammaire interne, ou par quelques-uns des gros vaisseaux renfermés dans l'abdomen. Les moyens explorateurs conseillés à ce sujet à l'article des *Plaies de poitrine*, pourront conduire à quelques résultats.

Il n'est pas d'un très-grand intérêt pour le mode de traitement à employer, de savoir, lorsqu'il existe des symptômes d'épanchement dans le péritoine, par suite de lésion des viscères, de quelle nature est cet épanchement, et par quel organe il est fourni, puisque la médication est la même dans tous les cas, et se borne à calmer l'inflammation du péritoine; mais quelques connaissances à cet égard ne sont pas inutiles pour le diagnostic. On tâchera donc de savoir dans quel lieu la douleur brûlante, qui accompagne immédia-

tement l'épanchement de bile, d'urine, de matières fécales ou d'alimens, a commencé à se faire sentir, parce qu'on pourra, par cela seul, présumer quel est l'organe blessé; mais les doutes se transformeront presque en certitude, si, avec une douleur développée dans l'hypochondre droit, se montrent des symptômes d'inflammation du foie, ou bien si la douleur s'étant fait sentir dans l'épigastre, dans tout autre point de l'abdomen ou dans le petit bassin, il y a eu en même temps ou vomissement de sang ou écoulement sanguin par les selles, ou bien sortie d'urines sanglantes par l'urètre: on ne saurait douter, en effet, de la blessure du foie, dans le premier cas, de l'estomac ou des intestins dans le second, et de la vessie dans le troisième. Mais le seul symptôme pathognomonique de ces diverses lésions est l'écoulement, à travers les bords de la plaie, des alimens ou des boissons, des matières fécales et de l'urine.

D. *Plaies d'armes à feu.* Ces plaies ne diffèrent des autres, pour l'exploration qu'on doit en faire, que parce qu'elles sont en gé-

néral compliquées de corps étrangers. Quant à leur pénétration dans une des grandes cavités, bien qu'il soit plus utile pour le pronostic que pour le traitement de s'assurer s'il y a lésion d'un des organes contenus dans ces cavités, on doit cependant chercher à acquérir quelques lumières sur ce point. Mais ce ne sera que dans le trajet connu du corps vulnérant, dans l'apparition des divers symptômes, dans une douleur locale annonçant l'altération de tel ou tel organe, qu'on devra chercher des renseignemens positifs, et non par l'emploi incertain et dangereux du doigt ou de la sonde, comme on le conseillait autrefois. Le doigt ne pourrait servir à explorer une plaie, que si cette plaie, assez large pour permettre aisément son introduction, avait lieu à la poitrine ou à l'abdomen, et qu'on voulût, dans le cas d'hémorrhagie, savoir si le sang provient d'une des artères des parois de l'une ou de l'autre de ces cavités; ou bien encore si des symptômes inflammatoires développés dans le poumon, à la suite de plaies de poitrine avec fracture des côtes, pouvaient

donner à penser qu'un fragment osseux fit saillie à l'intérieur du thorax. Lorsqu'une plaie par arme à feu intéresse un membre, et que l'existence d'une seule ouverture autorise à croire que le projectile, ou tout autre corps entraîné par lui, séjourne dans l'épaisseur des parties, on doit aller à la recherche de ce corps étranger, mais de préférence dans les premiers momens où l'état de stupeur locale rend les manœuvres moins douloureuses, ou bien après la disparition ou la diminution des premiers symptômes inflammatoires. Le doigt est préférable dans ce cas à tout autre instrument, lorsqu'il peut être introduit. Dans quelques cas, cependant, on est obligé de lui substituer la sonde métallique ou celle de gomme élastique. Le but qu'on doit se proposer dans ces recherches est de s'assurer du lieu qu'occupe le corps étranger, de la nature de celui-ci, de la direction qu'il a prise et de la profondeur à laquelle il est situé, enfin s'il y a des esquilles, si une articulation a été ouverte, etc.

§. II. Exploration des tumeurs.

Quand on explore une tumeur, il suffit souvent de son aspect seul, et des renseignemens fournis par le malade, pour former le diagnostic ; la plupart des tumeurs inflammatoires sont dans ce cas : ainsi le phlegmon, l'anthrax, la pustule maligne, le furoncle seront facilement distingués ; mais il en est d'autres dont la nature ne peut être constatée que par un examen attentif, et qu'il faut palper méthodiquement, tels sont l'abcès, l'anévrysme, les hernies abdominales, l'emphysème, l'œdème.

A. *Abcès.* Un des caractères principaux des abcès est la *fluctuation*, signe pathognomonique d'une collection de liquide au milieu de nos parties. On désigne sous ce nom un mouvement sensible communiqué à du pus ou à tout autre fluide au moyen d'une pression ou d'une percussion méthodique. Pour obtenir ce phénomène, on appuie légèrement l'extrémité des doigts d'une des mains, réunis et

allongés, sur un point de la tumeur, puis on presse rapidement, ou plutôt on percute le point opposé avec la pulpe des doigts de l'autre main tenus également dans l'extension; et tandis que la percussion est exercée par une main, l'autre doit rester fixée sur la tumeur sans faire de mouvement, mais aussi sans appuyer trop fortement. Chacune d'elles tour-à-tour doit servir à percuter. Dans le moment où l'on frappe, les autres doigts appuyés sur la tumeur sentent immédiatement une légère impulsion donnée au fluide ; mais ce choc, quelquefois très-sensible comme dans l'ascite, est quelquefois obscur, et demande, pour être senti, un tact très-exercé. La fluctuation n'est pas toujours appréciable dans une tumeur pleine de liquide, et cela arrive, par exemple, lorsque celui-ci, étant très-abondant, distend fortement les parois du foyer qui le renferme et ne peut éprouver aucun déplacement ; mais dans ce cas la tumeur présente une résistance particulière qui produit au toucher la même sensation qu'une

vessie pleine d'eau, et quand on la comprime, l'espace occupé par le pus se trouvant diminué, celui-ci se porte dans les autres points de la tumeur et augmente leur dureté.

On doit éviter, dans un pareil examen, de prendre pour la fluctuation ce qui n'est que le résultat du déplacement d'un corps situé sous la peau, comme une masse de tissu cellulaire engorgée, un ganglion mobile, etc. Il est encore une cause d'erreur qui tient à la manière dont on s'y prend pour obtenir la fluctuation ; c'est l'habitude qu'ont les personnes peu exercées, de soulever les doigts qui appuient sur la tumeur, au moment où ils exécutent la percussion.

B. *Anévrysmes.* Des battemens isochrônes à ceux du pouls, dans une tumeur, conduisent à penser que celle-ci est de nature anévrysmale, surtout si elle est susceptible de diminuer par une compression exercée soit directement sur elle, soit sur le vaisseau qui fournit celui qu'on suppose dilaté, et entre la tumeur et le cœur ; mais on ne doit point ou-

blier qu'une tumeur de toute autre espèce, un kyste, un squirrhe, par exemple, placé sur un gros vaisseau artériel, peut recevoir de celui-ci, chaque fois qu'il se dilate, un mouvement de soulèvement qui en impose quelquefois; cependant en embrassant la tumeur dans la plus grande étendue possible, on parvient, dans certain cas, à reconnaître sa véritable nature : la tumeur anévrysmale, qui offre des battemens bien distincts, semble, à chaque mouvement de dyastole du pouls, se développer, se durcir, et, au contraire, revenir sur elle-même, et perdre de sa rénitence à chaque systole. Une tumeur non anévrysmale placée sur une artère n'éprouve que des mouvemens de soulèvement et d'abaissement, une véritable locomotion. Cependant il n'est pas toujours facile de faire cette distinction ; plusieurs circonstances peuvent rendre le diagnostic très-difficile. Si les pulsations sont très-sensibles dans un anévrysme commençant, elles le deviennent par la suite d'autant moins que la

tumeur est plus ancienne. On a remarqué qu'elles étaient peu marquées dans les tumeurs anévrysmales où la lésion du vaisseau correspondait à un os : elles sont obscures ou nulles, même dans le commencement, si l'anévrysme est recouvert d'une couche épaisse de tissu cellulaire engorgé. Lorsque les pulsations ne sont pas très-marquées, on peut essayer de les rendre plus apparentes en comprimant le vaisseau au-dessous de la maladie, quelquefois on réussit par ce moyen à les faire paraître dans une tumeur où l'on n'en distinguait pas précédemment.

C. *Hernies abdominales.* Lorsqu'une tumeur. développée sous les tégumens de l'abdomen, a paru rapidement, sans avoir été précédée de symptômes inflammatoires locaux, lorsque cette tumeur est indolente, diminue de volume quand le malade se couche, semble, au contraire, devenir plus saillante et plus rénitente quand il est debout, on est porté à croire qu'elle est formée par le déplacement d'un des viscères ab-

dominaux, surtout si elle est située vis-à-vis une des ouvertures naturelles du ventre. Il peut cependant en être tout autrement, car un abcès froid, certains abcès par congestion, offrent souvent tous ces phénomènes. On doit donc s'assurer si les signes caractéristiques des hernies existent; et sans négliger des renseignemens fort utiles qu'on puise dans le commémoratif, on doit explorer avec attention la tumeur. Nous supposons une entérocèle inguinale : on sait que les caractères de cette tumeur, dans l'état de simplicité, sont les suivans : elle est ronde, molle, égale, élastique, indolente, immobile à sa base ; elle disparaît d'elle-même quand le malade est dans une position horizontale, ou bien elle cède alors facilement à une pression méthodique, en faisant entendre le gargouillement; lorsqu'après sa réduction on l'empêche de reparaître en appliquant les doigts sur l'ouverture, et qu'en même temps on fasse tousser le malade, on sent, à chaque effort d'expiration, une impulsion donnée par les parties réduites qui tendent à sor-

tir de nouveau : or, ces différens phénomènes s'obtiennent par le toucher, par la position du malade et par le *taxis*.

On doit d'abord examiner la tumeur dans son état habituel, sans chercher à la réduire ; le malade étant donc debout, ayant les cuisses un peu écartées, s'il s'agit d'une hernie inguinale, on applique une des mains sur la tumeur, ou bien on la saisit largement entre le pouce et les autres doigts si elle est volumineuse; de cette manière on peut constater sa forme, son volume, son degré de rénitence, la disposition lisse ou rugueuse de sa surface, etc. On recommande ensuite au malade de parler, de tousser, et l'on remarque si, à chaque expiration forte, la tumeur acquiert plus de dureté et tend à augmenter de volume. Cet examen a déjà appris s'il y a réellement hernie, et si elle est formée par l'intestin ou par l'épiploon, ou par l'une ou l'autre de ces parties. Il s'agit de savoir ensuite si cette hernie est réductible ou non. Pour cela on doit faire coucher le malade sur le dos, la tête pen-

chée sur la poitrine, le bassin élevé, les cuisses fléchies sur ce dernier, et les jambes fléchies sur les cuisses. Si la hernie est peu ancienne, sans adhérences, et formée par l'intestin, assez souvent elle se réduit d'elle-même. Dans le cas contraire, on doit procéder à sa réduction par le *taxis* pratiqué de la manière suivante : l'opérateur, placé du côté de la tumeur, la saisit d'une main par sa base, la place dans le sens de l'axe de l'ouverture qui a donné passage aux parties, et exerce sur elle une compression générale soutenue, mais modérée, et comme s'il voulait la vider ; tandis que, saisissant entre le pouce et les autres doigts le pédicule de la hernie, tout près de l'ouverture, il cherche à l'y engager graduellement, en ayant le soin de retenir les parties rentrées. Quand la tumeur est très-volumineuse, on en saisit le pédicule avec les deux mains pour agir sur lui, comme il vient d'être dit, pendant qu'un aide en embrasse le corps, et le comprime de toutes parts uniformément et avec précaution. Lorsque la hernie est formée par une anse intestinale,

sa réduction est brusque et s'accompagne du gargouillement, bruit particulier très-remarquable, produit par le déplacement des gaz et des liquides contenus dans l'intestin, et en tout semblable à certains borborygmes.

D. *Emphysème.* L'infiltration d'un fluide gazeux dans les mailles du tissu cellulaire sous-cutané, qu'elle soit le résultat d'une lésion des poumons, d'un épanchement sanguin ou de l'insufflation de l'air extérieur, est rendue évidente et se distingue de l'infiltration séreuse par la *crépitation*, qui consiste dans un léger bruissement semblable au bruit qu'on détermine en froissant une vessie desséchée : pour l'obtenir, il suffit de promener les doigts étendus, en les appuyant un peu, sur les parties tuméfiées. Il est très-important, dans certains cas, de savoir distinguer ce bruit de la crépitation qui résulte du frottement de fragmens osseux, et qui n'est pas tout-à-fait semblable.

Œdème. Une tuméfaction uniforme, indolente, sans rougeur de la peau, qui présente

au contraire une couleur blanche laiteuse, sont des phénomènes qui sont communs à l'emphysème, à certaines infiltrations purulentes et à l'œdème : la vue seule ne suffit pas toujours pour reconnaître ce dernier, il faut encore avoir recours au toucher pour saisir ses caractères propres. En appliquant la main à plat sur une partie œdématiée, on sent que la peau qui la recouvre offre une température moins élevée que celle des autres parties du corps; et si l'on appuie lentement et fortement l'extrémité de l'indicateur, il en résulte les mêmes effets que si on l'enfonçait dans de la pâte nouvellement préparée et un peu dense, c'est-à-dire que la peau se laisse déprimer avec assez de facilité, et conserve pendant quelque temps l'empreinte du doigt.

§. III. Exploration des fractures.

Le diagnostic des fractures est fondé sur les altérations de forme, de propriété et de fonctions du membre, sur les inégalités qu'on y découvre par le toucher, et principalement sur l'exis-

f.

tence d'une mobilité insolite et de la *crépitation.*

Lorsqu'il y a raccourcissement dans un membre, il faut s'assurer d'abord si ce raccourcissement ne dépend pas d'une luxation ou d'un vice de conformation. Le raccourcissement peut-être quelquefois très-peu marqué : on est, dans ce cas, obligé de comparer le membre malade à celui qui est sain. Pour constater la différence de longueur des extrêmités inférieures, on doit avoir soin de donner au bassin une position horizontale, et de placer sur la même ligne les deux épines iliaques antérieures et supérieures, sans quoi la moindre inclinaison d'une des hanches pourrait en imposer. Le malade étant donc couché horizontalement et sur le dos, on compare exactement la position du trochanter, du genou et des malléoles d'un des membres inférieurs avec celle qu'occupent les mêmes éminences de l'autre ; on examine également si les portions saillantes des deux côtés du bassin ont conservé leurs rapports ordinaires. On peut

juger ainsi du raccourcissement par le défaut de parallélisme entre ces diverses parties. Si le grand trochanter est rapproché de la crète iliaque et un peu dévié en arrière, il y a déplacement par l'effet d'une fracture du col du fémur ; si au contraire les deux grands trochanters ont conservé leurs rapports mutuels, et qu'un des deux genoux soit plus haut que l'autre, le raccourcissement est produit par le chevauchement des fragmens d'une fracture qui occupe le corps du fémur. Pour sentir les inégalités qui peuvent résulter du déplacement de fragmens osseux, il suffit de passer la main sur la partie la plus superficielle de l'os fracturé ; mais on doit dans ces recherches user de la plus grande précaution et ne toucher que légèrement les endroits où l'on sent des esquilles proéminer sous la peau, afin d'épargner au malade les vives douleurs auxquelles on donnerait lieu en agissant autrement.

Deux fragmens d'os qui n'ont point cessé tout-à-fait d'être en contact, produisent, par leur frottement réciproque, un bruit particu-

lier, et dans quelques cas, seulement une espèce d'ébranlement, de frémissement, qui n'est appréciable que par le toucher. On a donné à ce phénomène le nom de *crépitation*. C'est un des principaux signes des fractures ; aussi cherche-t-on constamment à l'obtenir, surtout quand les altérations de forme et de propriété du membre lésé ne sont pas assez tranchées pour prouver l'existence de la rupture de l'os. C'est donc en imprimant des mouvemens à l'un des fragmens osseux, qu'on peut y donner lieu ; on procède de la manière suivante : Si le membre qu'on explore est peu volumineux, on fixe son extrémité supérieure d'une main, on saisit son extrémité inférieure de l'autre, et l'on remue celle-ci avec le plus de ménagement possible pour épargner les douleurs au malade. Si, au contraire, le membre offre beaucoup de volume, après en avoir fait saisir l'extrémité supérieure par un aide, l'observateur, d'une main, embrasse et soulève l'autre extrémité, lui communique de légers mouvemens de rotation sur son axe, tandis qu'avec la main restée

libre il s'assure par le toucher du résultat de son épreuve; et si la crépitation en résulte, il reconnaît le lieu où elle se manifeste. Il suffit quelquefois de glisser la main sous le membre et de chercher à le soulever de cette manière, non seulement pour sentir la crépitation, mais aussi pour constater la mobilité des fragmens. Pour les os plats et pour les os larges, qui, en général, sont situés assez superficiellement, la simple application des doigts sur l'endroit où se trouve la fracture, produit le même résultat.

Lorsque la plupart des signes de fracture se montrent, et que la crépitation seule n'est point sensible, ainsi que cela arrive souvent pour les fractures du col du fémur, on a recours alors à l'auscultation. Pour cela on place l'oreille nue ou armée du stéthoscope, sur un point du membre, et quelqu'éloignée qu'elle soit du lieu de la lésion, elle saisit bientôt le phénomène, lorsqu'il a lieu.

La crépitation qui résulte du frottement des surfaces d'un os fracturé, diffère du bruisse-

ment, de l'espèce de craquement qu'occasione le déplacement d'un gaz dans les mailles du tissu cellulaire, ainsi que du bruit que font entendre, dans certains cas, les articulations et les gaînes des tendons. Cette différence est très-appréciable pour le praticien ; il serait plus difficile d'exprimer en quoi elle consiste.

Il n'est pas toujours aisé de reconnaître une fracture, et les difficultés du diagnostic peuvent tenir soit à la situation de l'os, au milieu de masses musculaires très-épaisses, soit au défaut de déplacement des fragmens, soit enfin au développement d'un gonflement inflammatoire considérable qui peut masquer la plupart des symptômes.

§. IV. Exploration des organes des sens, de l'œsophage, des organes génitaux et urinaires, et du rectum.

A. *Exploration de l'œil.* Elle est en général facile et n'exige ordinairement aucune précaution préliminaire, surtout pour l'examen des maladies de la conjonctive et des paupières. Dans quelques circonstances, au contraire,

l'observateur a recours à certaines manœuvres, sans lesquelles plusieurs phénomènes importans seraient peu ou point apparens.

Pour constater la présence d'un corps étranger entre les paupières, ou diverses altérations des parties superficielles ou profondes du globe oculaire, on doit faire asseoir le malade sur un siége un peu bas, la face tournée vers une fenêtre élevée, à un beau jour, et de telle manière que, placé en face de lui, on n'empêche pas la lumière de venir frapper l'œil qu'on examine.

Si l'on est à la recherche d'un corps étranger mobile, on ouvre les paupières en relevant la supérieure avec le pouce d'une des mains appliqué sur elle près du sourcil, et en abaissant en même temps l'inférieure avec l'extrémité de l'index et du médius de l'autre main réunis et étendus. Quelquefois même il est nécessaire de suspendre la paupière supérieure et de l'isoler de l'œil en pinçant les cils et en portant ainsi son bord libre en haut et en avant. Dans tous les cas, l'on engage le

malade à diriger l'œil dans différens sens ; il est facile par ce moyen d'apercevoir l'enfoncement circulaire qui existe au point de réunion des portions oculaire et palpébrale de la conjonctive. Si l'on veut s'assurer de l'état du cristallin ou du degré de sensibilité de la rétine, on écarte les paupières en usant du procédé suivant : Les doigts de la main qui correspond à l'œil qu'on va explorer sont appliqués par leur pulpe sur la tête, tandis que le pouce, porté légèrement sur la paupière supérieure, la fait glisser au-devant de l'œil, en la remontant vers le sourcil.

Pour connaître l'état de la rétine, par la mobilité plus ou moins grande de l'iris, on tient d'abord la paupière abaissée en y plaçant le pouce comme il vient d'être dit; puis, après avoir exercé quelques légers mouvemens circulaires sur l'œil, on découvre celui-ci subitement et l'on juge alors et du degré de dilatation que la pupille a acquis dans l'obscurité, et de l'énergie avec laquelle elle se resserre par l'impression de la lumière. On se sert

utilement de cette faculté, que possède l'iris, d'augmenter ou de diminuer la grandeur de l'ouverture pupillaire, lorsqu'on désire connaître exactement l'étendue de l'opacité du cristallin. Pour obtenir une dilatation passagère, on se contente de placer le malade dans un lieu peu éclairé; quand on veut, au contraire, produire une dilatation considérable et permanente, on instille entre les paupières quelques gouttes d'une dissolution d'extrait de belladone.

Les maladies des voies lacrymales nécessitent des moyens particuliers d'exploration.

S'il existe, par exemple, un épiphora, une tumeur au grand angle de l'œil, on cherche à savoir si le cours des larmes se fait encore par les voies naturelles, ou si les conduits que celles-ci doivent traverser sont rétrécis ou bouchés. On doit donc tenir compte de l'état habituel d'humidité ou de sécheresse de la narine correspondante : on doit comprimer la tumeur avec le doigt, et l'on examine en même temps si l'humeur qu'elle contient reflue ou

non, soit par les points lacrymaux, soit par le canal nasal. Enfin, pour être certain de l'état de liberté ou d'occlusion des voies lacrymales, on peut avoir recours au procédé d'Anel, qui consiste d'abord à sonder ces mêmes voies au moyen d'un stylet boutonné introduit par l'un des points lacrymaux, et à y faire ensuite des injections à l'aide d'une seringue à syphon capillaire.

B. *Exploration du conduit auditif.* On découvre aisément les corps étrangers développés ou introduits dans l'oreille, on s'assure de l'état de la muqueuse du conduit auditif externe et de plusieurs espèces d'altération de la membrane du tympan, en prenant les précautions suivantes : L'oreille étant exposée à un beau jour, on diminue l'obliquité du conduit auditif, en portant l'oricule en haut et en avant; et lorsque la nature du corps étranger ne peut être reconnue à la vue, ou bien lorsqu'on veut savoir si ce corps occupe toute l'étendue de la cavité, ou s'il y est adhérent en quelque point, on se sert d'un stylet boutonné, qui donne bientôt

les renseignemens qu'on désire à cet égard.

C. *Exploration de l'œsophage.* On explore l'œsophage pour s'assurer de la présence d'un corps étranger dans ce conduit, ou pour constater son rétrécissement ou son occlusion par toute autre cause.

Lorsqu'un corps étranger d'un certain volume s'est arrêté à l'entrée de ce canal ou dans sa portion cervicale, la seule introduction du doigt dans la bouche jusqu'au pharynx, ou même le toucher à travers les parties molles du cou, suffisent pour faire connaître la présence de ce corps ; mais si ce dernier se trouve beaucoup plus bas, et que d'ailleurs on n'ait aucun renseignement sur sa nature, il est important de savoir positivement quelle est sa consistance, son volume, et dans quel point de l'œsophage il est arrêté. Le seul moyen d'obtenir des données suffisantes sur ces diverses circonstances, est de toucher le corps étranger à l'aide d'un instrument propre à cet usage, comme une tige de baleine d'une longueur suffisante, et surmontée à son extré-

mité d'une éponge solidement fixée, ou bien l'instrument de J. L. Petit, ou bien encore celui qui a été proposé par M. Dupuytren, et qui consiste en une tige d'argent flexible, mais résistante, terminée d'un côté par un anneau qui sert à la tenir, de l'autre par une petite boule qui forme son extrémité exploratrice. Mais ces recherches ne peuvent être réellement utiles et exemptes de danger, que lorsqu'elles sont faites méthodiquement et avant le développement de l'inflammation. On y procède ainsi : Le malade est assis; sa tête est appuyée sur la poitrine d'un aide, qui l'assujétit avec ses deux mains croisées sur le front, et qui la tient un peu renversée ; on porte le doigt indicateur de la main gauche jusque sur la base de la langue pour la tenir abaissée ; l'instrument explorateur tenu de l'autre main, et préalablement trempé dans l'huile ou dans toute autre substance onctueuse, est introduit dans la bouche, et glissant sur le doigt qui s'y trouve, parvient jusqu'au pharynx, puis descend, en se recourbant, dans l'œso-

phage, contre la paroi postérieure duquel il doit constamment appuyer, afin d'être assez éloigné du larynx pour n'y pas produire d'irritation. A défaut des instrumens dont il vient d'être question, on pourrait se servir, mais avec moins de succès, d'une sonde en gomme élastique, d'un poireau, ou même d'une de ces grosses bougies dont on forme des rats de cave ; moyens souvent mis en usage autrefois, et qui ont, pour la plupart, l'avantage de pouvoir être partout à la disposition du chirurgien.

D. *Exploration de la vessie.* On peut explorer la vessie, soit en palpant l'abdomen dans la région hypogastrique, soit en portant le doigt dans le rectum, soit enfin en y introduisant un cathéter à travers le canal de l'urètre. Dans le premier cas on s'assure de l'état de vacuité ou de distension, ainsi que de la sensibilité de l'organe ; dans le second, chez l'homme, on constate les mêmes circonstances, et de plus diverses altérations de la prostate ; quelquefois même on peut dis-

tinguer, à une dureté et à une pesanteur considérables, des calculs urinaires d'un gros volume. Mais ce n'est que par le *cathétérisme* qu'on peut connaître certains états de la vessie, et surtout constater positivement la présence d'une pierre. Pour pratiquer cette opération, le malade doit être couché sur le bord gauche de son lit, ayant la tête et la poitrine un peu élevées, les jambes et les cuisses légèrement fléchies. Le chirurgien, placé du même côté, prend la verge avec le pouce et les autres doigts de la main gauche, et la tient un peu inclinée en bas, de manière à ce qu'elle fasse avec le tronc un angle d'environ 45°. Saisissant ensuite le pavillon de la sonde de la main droite, entre le pouce appliqué sur la partie convexe et les doigts indicateur et medius placés sur le côté opposé, il porte dans l'orifice du canal cet instrument, bien graissé et tenu de telle sorte, que sa concavité regarde le ventre du malade. Il fait alors cheminer la sonde en la poussant avec le moins de force possible, et en faisant glisser la verge sur elle;

dans ce double mouvement, il doit faire décrire à l'instrument ainsi qu'à la verge des arcs de cercle rentrant l'un dans l'autre, et marchant en sens opposé. Lorsque la sonde est arrivée sous l'arcade du pubis, il ramène son extrémité libre perpendiculairement à l'axe du corps, afin que le bec fasse une espèce de bascule et franchisse librement la portion de l'urètre qui correspond à l'arcade du pubis, sans être arrêté par les plis de la membrane muqueuse; en même temps il soulève l'instrument, et le pousse dans la vessie : on s'aperçoit que la sonde a pénétré, lorsqu'elle n'éprouve plus de résistance, et que l'urine s'échappe par son pavillon. Mais on doit suspendre aussitôt l'écoulement de ce liquide, si l'on veut s'assurer de l'existence d'une pierre, et l'on fait mettre le malade debout; puis on tourne l'instrument de côté et d'autre, tandis qu'on laisse écouler l'urine; alors on ne tarde pas, au moins dans la plupart des cas, à reconnaître le corps étranger, par la résistance qu'il offre à la sonde et le bruit qui résulte

de leur rencontre. On doit sonder un malade plusieurs fois, lorsque les premières recherches n'ont eu que peu ou point de succès ; on doit également le sonder debout, couché et dans diverses positions ; enfin, il faut que la vessie qu'on va explorer contienne de l'urine ; sans cette précaution on risquerait ou de ne pas trouver la pierre, ou d'être mis dans l'erreur par le choc qu'exercent alors les parois de la vessie sur le bout de l'instrument.

E. *Exploration du canal de l'urètre.* L'opération dont nous venons de parler est aussi le moyen qui est mis en usage pour constater le rétrécissement de ce canal, ou la présence de corps étrangers dans son intérieur. L'emploi des sondes, des bougies, peut bien indiquer un rétrécissement ; mais on ne sait point précisément quelle est l'étendue de cet obstacle, ni où se trouve son ouverture ; il faut donc avoir recours à d'autres procédés : celui de *Ducamp* offre dans ce cas tous les avantages désirables.

F. *Exploration du vagin et de l'utérus.* On

peut explorer l'utérus et les ovaires en palpant l'hypogastre, et s'assurer ainsi de l'augmentation de volume, de densité, de sensibilité de ces organes. Pour cela, la malade doit être couchée en supination, les jambes et les cuisses légèrement fléchies, le tronc et la tête élevés et soutenus par des oreillers ; plaçant alors les doigts réunis et allongés sur la région hypogastrique, on les appuie avec précaution, et de manière à les faire plonger dans l'excavation du bassin, ce qui est facile chez les femmes qui ont peu d'embonpoint, et dont les parois abdominales sont très-souples; mais ce moyen seul devenant souvent insuffisant, on est obligé de recourir au *toucher*, mode d'exploration qui consiste à introduire un ou plusieurs doigts dans le vagin, et à l'aide duquel seulement on peut acquérir des notions exactes sur les divers changemens que peuvent éprouver le col et le corps de l'utérus dans l'état de grossesse et dans celui de maladie, sur toutes les altérations du vagin, ainsi que sur certains états des

ovaires, de la vessie et du rectum. On le pratique de la manière suivante : la vessie et le rectum étant préalablement vidés, on fait placer la malade dans une situation convenable; cette situation diffère selon les circonstances.

Lorsqu'on veut, par exemple, reconnaître le balotement de la tête du fœtus, une chute ou un renversement de l'utérus, un relâchement du vagin, la femme doit être debout, le dos appuyé, ou bien à genoux sur son lit. Si l'on veut, au contraire, constater l'état du col utérin dans la grossesse, ou toute autre maladie que celle dont nous venons de parler, on fait coucher la malade sur le bord de son lit, les jambes et les cuisses fléchies, la tête et la poitrine soutenues par des oreillers, afin que les muscles de l'abdomen soient dans un relâchement complet. Lorsque la femme est debout, le chirurgien se place devant elle, et met en terre le genou du côté opposé à la main dont il doit se servir, tandis que le genou correspondant, fléchi à angle droit, est destiné à soutenir le coude. Si l'on touche la

femme couchée, on passe une des mains (la droite quand on se trouve du côté droit du lit, la gauche, dans le cas contraire) sous la cuisse correspondante, tandis que l'autre main est largement appliquée sur l'hypogastre. Quelle que soit la position qu'on ait fait prendre à la malade, on étend l'index de la main qui va toucher, après l'avoir enduit d'une substance grasse ou mucilagineuse, on couche le pouce dans le creux de la main, et l'on fléchit les autres doigts sur lui; alors, tenant le poignet entre la pronation et la supination, on porte l'extrémité de l'indicateur du côté du rectum, on le ramène d'arrière en avant jusqu'à l'entrée du vagin, et on le fait pénétrer dans ce canal en suivant d'abord l'axe du détroit inférieur. Si le col de l'utérus, placé très-haut, ne peut être senti au premier abord, on parvient à le toucher facilement en donnant au doigt la direction de l'axe du détroit supérieur; pour cela, il suffit de recommander à la malade de soulever le bassin, tandis qu'on appuie le doigt sur la commis-

sure postérieure en abaissant le poignet. Lorsqu'on est arrivé à une hauteur convenable, la main qui se trouve à l'hypogastre, appuyant sur le fond de l'organe, amène le col utérin au-devant du doigt qui est dans le vagin. On peut, de cette manière, juger du volume, de la dureté, de la sensibilité, et de la direction non-seulement du col, mais aussi du corps de l'utérus.

Le toucher, qui dans la plupart des cas suffit pour l'exploration des organes génitaux de la femme, ne fournit aucune donnée relativement à l'aspect des parties malades ; cela pourtant peut être avantageux dans l'examen de certaines lésions, sur la nature ou l'étendue desquelles on a de l'incertitude. Aussi a-t-on imaginé d'associer un autre sens à ce genre de recherches, au moyen d'un instrument qui rend sensible à la vue l'intérieur du vagin. Cet instrument, appelé *speculum uteri*, consiste en un cône creux fait en étain poli, dont l'extrémité la plus petite est ordinairement taillée en bec de flûte, et dont

l'autre est garnie d'un léger bourrelet et surmontée d'un manche dirigé à angle droit. Pour s'en servir, on fait mettre la malade en supination sur le bord de son lit ; les jambes sont écartées et soutenues par deux aides, ou bien fixées par les pieds sur deux chaises. Le chirurgien, placé entre les cuisses de la femme, entr'ouvre les grandes lèvres et l'orifice du vagin avec le pouce, l'index et le médius de la main gauche; puis, tenant de la main droite l'instrument préalablement échauffé et enduit de mucilage ou d'huile, il le fait pénétrer doucement dans le vagin jusqu'au manche. S'il place alors une lumière au-devant de l'ouverture du spéculum. il aperçoit à l'autre extrémité le col utérin dans toute son étendue. On peut explorer les différens points du vagin à l'aide du même procédé, mais en se servant d'un spéculum présentant à l'un de ses côtés une échancrure plus ou moins considérable.

G. *Exploration du rectum.* Certaines maladies du rectum exigent, pour être reconnues.

l'introduction du doigt dans sa cavité ; telles sont : la présence de corps étrangers introduits du dehors, les diverses tumeurs qui peuvent s'y former, les crevasses qui caractérisent les fistules stercorales complètes, etc. C'est aussi par le même moyen qu'on s'assure de l'existence d'une fracture ou d'un déplacement du coccyx, de l'engorgement de la prostate, de la présence de calculs très-volumineux dans la vessie. Ce genre d'exploration se pratique ainsi qu'il suit : le malade doit être couché sur le côté, ayant les cuisses fortement fléchies, les jambes dans la demi-flexion, et le siége rapproché le plus possible du bord du lit. Cette position, plus commode pour lui, n'offre pas autant d'avantages pour le chirurgien que celle qui a été conseillée précédemment pour l'introduction du *speculum uteri*. Disposant alors les doigts comme pour le *toucher*, on introduit dans l'anus l'index de la main droite ou de la main gauche, selon qu'on se trouve à droite ou à gauche du lit. On doit avoir soin, pour épargner des dou-

leurs au malade, de faire pénétrer le doigt lentement en lui imprimant quelques mouvemens de demi-rotation, et de le diriger suivant l'axe de l'intestin.

Cet exposé sommaire des procédés à l'aide desquels on peut explorer avec avantage certaines maladies chirurgicales, doit suffire dans la plupart des cas où l'application des sens exige des précautions particulières. Nous n'avons pas tout dit, sans doute; mais nous n'aurions pu nous étendre davantage sans être obligé de parler d'un très-grand nombre de maladies : nous n'en avons pas senti la nécessité. L'observateur suppléera facilement par son intelligence à ce qui manque ici, et l'indication des *signes* que renferme la seconde partie de cet ouvrage pourra le diriger dans ses recherches.

Il en est, d'ailleurs, des règles d'exploration comme des méthodes opératoires; elles ne sont point invariables dans leur application; très-souvent le génie de l'homme de l'art est obligé ou de modifier les préceptes reçus,

ou même de les oublier, pour créer de nouveaux moyens rendus nécessaires par des circonstances qu'on ne pouvait prévoir, et qui, peut-être, ne se présenteront plus.

FIN DE LA PREMIÈRE PARTIE.

DEUXIÈME PARTIE.

SIGNES DIAGNOSTIQUES

DES

MALADIES CHIRURGICALES.

Indiquer les caractères distinctifs des maladies qui sont du ressort de la chirurgie, et fournir les moyens de reconnaître facilement une affection qu'on a sous les yeux et sur la nature de laquelle on ne possède encore aucune donnée, tel est le double but que nous nous sommes proposé d'atteindre dans cette seconde partie.

Nous avons rangé les diverses altérations suivant un ordre qu'on pourrait appeler topographique, c'est-à-dire d'après le lieu où elles siégent le plus ordinairement. Ainsi, elles sont divisées en maladies de la tête, du cou, de la poitrine, de l'abdomen, des membres, selon qu'elles occupent spécialement l'une ou l'autre de ces parties. Quant à celles de ces maladies qui ne sont propres à aucune région en particulier, et qui peuvent se présenter dans toutes, nous les avons réunies sous le nom de *Maladies communes à la plupart des Régions.*

L'exposé des signes diagnostiques est précédé, dans chaque région, d'un tableau synoptique à l'aide duquel on pourra reconnaître le cas particulier qu'on observe. C'est d'après le plus apparent de leurs symptômes que les maladies sont groupées dans ces tableaux. Il suffira donc de savoir quel est le lieu malade, et de noter le plus saillant des phénomènes qui se présentent, pour découvrir la nature de l'affection.

Ainsi, par exemple, une maladie existe au périnée; il s'agit de la reconnaître. En examinant la partie, nous apercevons une tumeur; nous consultons le tableau des maladies du bas-ventre, à la région périnéale; là, nous trouvons au mot *tumeur*, les noms des diverses altérations qui peuvent se présenter sous cette forme, c'est-à-dire, *entérocèle périnéale, cystocèle périnéale, tumeur calculeuse, abcès par congestion, pustules rhagades*, etc.; le numéro qui les accompagne nous indique l'alinéa où sont décrits les signes diagnostiques. Alors comparant ces signes avec les symptômes de la maladie que nous observons, nous parvenons à savoir d'une manière exacte quelle est cette dernière (*).

Supposons, cependant, que nous ne soyons pas parvenus à la découvrir : cela devra tenir à ce qu'elle appartient à la classe des maladies communes à la plu-

(*) Ce travail n'est pas aussi long ni aussi compliqué qu'on pourrait le penser, attendu que nous ne donnons, pour chaque maladie, qu'un exposé succinct de ses phénomènes caractéristiques, et qu'à l'aide des numéros de renvoi les recherches sont très-faciles.

part des régions, ou bien à ce que ses nombreuses complications l'ont rendue méconnaissable en masquant ses caractères propres. Dans le premier cas, nous devons la trouver en consultant le tableau des *Maladies communes;* dans le second cas, elle devra être mise au nombre de ces lésions dont le diagnostic offre des difficultés quelquefois insurmontables, même aux hommes les plus exercés.

MALADIES

COMMUNES A LA PLUPART DES RÉGIONS.

Altération de Couleur.	Abcès.	1, 8, 12 (*)
	Anthrax.	16
	Charbon.	43
	Erysipèle.	55
	Ecchymose.	47
	Fongus hématode.	63
	Furoncle.	67
	Gangrène.	149
	Phlegmon.	86
	Pustule maligne.	90
	Varices.	98

(*) Ces numéros indiquent les alinéas où sont exposés les signes des maladies.

Solution de Continuité.		Carie.	108
		Cancer..	38
		Fistule cutanée.	112
		Plaie..	118
		Ulcère	132
		Ulcère inflammatoire.	132
		— gangréneux..	134
		— calleux..	135
		— variqueux.	137
		— fongueux.	139
		— scrophuleux.	141
		— scorbutique.	143
		— vénérien..	145
		— mercuriel.	147
Écoulement insolite..	de sang.	Anévrisme.	20
		Plaie.	118
		Fongus hématode.	63
	de pus..	Abcès ouvert.	1, 8, 12
		Anthrax..	16
		Carie.	108
		Cancer.	38
		Fistule cutanée..	112
		Plaie.	118
		Pustule maligne.	90
		Ulcère.	132 à 147

ABCÈS PHLEGMONEUX.

1. *Signes diagnostiques.* Une tumeur s'est développée dans une partie qui a été le siége d'un phlegmon (86) et pendant la diminution des symptômes de cette maladie. Cette tumeur a crû promptement, accompagnée de frissons irréguliers, de douleur pulsative, puis gravative; une pression méthodique y produit la fluctuation.

2. Elle est circonscrite, molle, élastique, surtout à sa partie moyenne, plus saillante que le reste de son étendue; la peau qui la recouvre est rouge, lisse, amincie, la fluctuation est très-sensible. (*Abcès superficiel.*)

3. La tumeur est mal circonscrite, peu saillante, et le siége d'une douleur tensive très-forte; les symptômes généraux persistent; le doigt, en la pressant, y laisse une impression, et sent de l'empâtement, une fluctuation profonde et obscure. (*Abcès profond.*)

4. *Caractères anatomiques.* La tumeur a son siége dans l'épaisseur du tissu cellulaire de la partie où elle se trouve. Ce tissu cellulaire, abreuvé de liquides blancs et rouges, présente un point qui répond au centre de la tumeur, où le pus infiltré est plus abondant que lui, l'a détruit, et en contient les débris sous forme de flocons, de membranes blanchâtres. Plus on s'éloigne de ce point, plus les tissus se rapprochent de l'état naturel.

Si l'abcès est plus avancé, la tumeur qu'il forme est presque entièrement composée d'une matière liquide, blanche, épaisse, inodore (pus phlegmoneux), contenue dans une cavité irrégulière, résultant de la destruction du tissu cellulaire. Les parois du foyer, formées par les parties voisines plus ou moins enflammées, sont recouvertes par une substance blanche, assez consistante, qui paraît n'être qu'une couche de pus épaissi.

5. Si l'abcès est ancien, il consiste en une cavité

dont la surface est tapissée par une membrane distincte, comme celluleuse, ou ressemblant plus ou moins exactement à une membrane muqueuse, ayant, comme cette dernière, des vaisseaux, des villosités, mais sans follicules muqueux. Les parties molles qui forment les parois de l'abcès sont plus dures, plus serrées, ou se présentent dans l'état naturel.

6. *Indications*, *moyens*. Ouvrir la tumeur, dès que la fluctuation est sensible, par l'instrument tranchant; faciliter l'écoulement du pus, aider le recollement des parois du foyer.

Laisser l'abcès s'ouvrir de lui-même s'il s'est formé au milieu de ganglions lymphatiques engorgés; si, placé immédiatement sous la peau, déjà amincie, il s'est développé avec rapidité et s'il occupe le sein, le visage, le cou. (Voy. *abcès dans les diverses régions*.)

7. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Abcès froid, 8; — Tumeur anévrismale ancienne. (V. *Anévrisme*, 20.)

ABCÈS FROID.

8. *Signes diagnostiques*. Une tumeur s'est développée lentement, sans symptômes inflammatoires locaux; elle est mal circonscrite, offre de la fluctuation. Elle est survenue, ou chez un scrophuleux (ordinairement au col) ou à la suite d'attaques de rhumatisme (aux environs des articulations), ou sans cause appréciable.

Après être restée dans l'état précédent un certain temps, elle a acquis les caractères de l'abcès phlegmoneux; elle s'est ouverte, fournit un pus ayant d'abord les qualités du pus des abcès chauds, mais devenu séreux, fétide, d'un jaune verdâtre, semblable à du petit-lait, contenant des flocons albumineux, jaunâtres, blanchâtres comme du caséum.

9. *Caractères anatomiques.* Les mêmes que ceux de l'abcès phlegmoneux (5).

10. *Indications, moyens.* Combattre la cause interne; ouvrir la tumeur par une grande incision et dans toute son étendue, dès qu'on sent la fluctuation; donner une libre issue au pus, faciliter l'adhésion des parois du foyer par l'expulsion prompte et complète du pus, par la compression, par les injections excitantes. Si la peau est très-amincie, ne peut se recoller, l'exciser.

11. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Abcès phlegmoneux, 1; — Abcès par congestion, 12.

Abcès par congestion.

12. *Signes diagnostiques.* A la suite de douleurs obscures dans un point de la colonne vertébrale, il est survenu (à la partie inférieure du dos, aux lombes, à la partie inférieure de l'abdomen, aux environs de l'arcade crurale, à la partie supérieure de la cuisse, aux fesses, à la marge de l'anus), une tumeur également fluctuante dans toutes ses parties dès son appa-

rition, et qui s'est développée lentement et sans symptômes d'inflammation, ni sans lésion appréciable des fonctions. Cette tumeur, après être restée un certain temps dans le même état, ou n'ayant fait que des progrès peu rapides, a acquis tout à coup un grand développement. Elle est moins rénitente lorsque le malade est couché; si on la comprime dans toute son étendue, on voit les parties voisines se déplacer, se soulever; elle diminue, et quelquefois disparaît momentanément pour revenir ensuite graduellement, lorsque la compression a cessé. Enfin, à une époque plus avancée, il se présente ordinairement des symptômes de carie des vertèbres (793).

13. *Caractères anatomiques.* La tumeur est formée par l'accumulation d'une matière puriforme séreuse, floconneuse, très-abondante, contenue dans une poche revêtue à l'intérieur d'une membrane muqueuse plus ou moins bien organisée. Cette poche communique, au moyen d'un ou de plusieurs trajets fistuleux tapissés par un prolongement de la membrane qui la revêt, avec un point du rachis; là se trouve une altération plus ou moins considérable des vertèbres (763), renfermée dans une cavité résultant du décollement des parties molles voisines, et qui contient une matière purulente semblable à celle qui formait l'abcès.

14. *Indications, moyens.* Combattre la cause interne qui a produit l'affection de la colonne vertébrale; ne point ouvrir la tumeur, ou n'y pratiquer qu'une très-

petite ouverture, de manière à ne pas y laisser pénétrer l'air extérieur; ne vider l'abcès que très-lentement et successivement.

15. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Abcès froid, 8; — Entérocèle inguinale, 1121; — Hernie abdominale, 792; — Entérocèle crurale 1158.

ANTHRAX BÉNIN OU IDIOPATHIQUE.

16. *Signes diagnostiques.* Tumeur circonscrite, dure, luisante, offrant une couleur violette, précédée et accompagnée d'une douleur brûlante que le malade compare à l'effet d'un charbon incandescent appliqué sur la peau (1er. degré). A son sommet paraissent une ou plusieurs pustules, au-dessous desquelles se remarque une croûte noire, sèche, comme charbonnée, entourée d'un cercle luisant, livide, s'étendant plus ou moins vers les parties voisines (2e. degré).

Cet état ayant duré quelques jours, la peau, amollie, s'est ouverte en plusieurs endroits, donne issue à du pus, à des lambeaux de tissu cellulaire mortifié (3e. degré).

17. *Caractères anatomiques.* Dans le premier degré, ces caractères sont ceux du phlegmon très-intense (87). Dans le second, le derme est gangréné profondément, là où se trouve la croûte noirâtre; il est gonflé, infiltré de sang et de sérosité à la circonférence. Dans le troisième, le tissu cellulaire sous-cutané est infiltré de pus, ou désorganisé dans une plus ou moins

grande étendue ; au milieu de la cavité, si la sortie des lambeaux du tissu cellulaire a eu lieu, on trouve les vaisseaux, les nerfs de la partie conservés, mais isolés et environnés par le produit de la suppuration ; les tégumens sont décollés dans toute l'étendue de la tumeur.

18. *Indications, moyens.* 1er. degré (voy. *Phlegmon*, 86). Si les douleurs sont très-intenses, la tumeur très-tendue, opérer le débridement au moyen d'une incision cruciale profonde, se prolongeant au-delà des limites de la tumeur; faciliter le dégorgement des parties, la sortie du pus, et combattre l'inflammation par des applications émollientes. Dans le deuxième degré, favoriser la chute de l'escarre, la sortie du tissu cellulaire mortifié, et enlever ces produits de la désorganisation dès qu'ils commencent à se détacher; soutenir les forces du malade par un régime et des médicamens toniques.

19. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Furoncle, 67 ; — Charbon 45.

ANÉVRYSME EXTERNE.

20. *Signes diagnostiques.* Une tumeur s'est développée lentement sur le trajet d'une artère.

Elle est arrondie, peu volumineuse, sans changement d'état de la peau, présente des battemens isochrônes à ceux du pouls ; ces battemens paraissent résulter de la dilatation de la tumeur dans tous

ses points, et non d'un mouvement de soulèvement communiqué à toute sa masse. Si l'on comprime le vaisseau sur le trajet duquel se trouve la tumeur, entre celle-ci et le cœur, les battemens cessent; ils reparaissent dès qu'on suspend la compression, et deviennent plus forts, quand on comprime l'artère au-dessous du siège de la maladie. En appuyant sur la tumeur encore peu volumineuse, on la fait disparaître graduellement et sans bruit, mais elle se reproduit dès qu'on l'abandonne. (1re. *période.*)

21. Une tumeur ayant offert les caractères ci-dessus indiqués, a tout-à-coup augmenté de volume d'une manière notable ; elle a acquis plus de dureté, a perdu sa forme régulière. Ses battemens sont devenus de moins en moins sensibles, ou même elle ne présente plus qu'un léger frémissement sous la main qui la touche : on ne peut la faire disparaître par la compression exercée soit sur elle, soit sur le trajet de l'artère. Son sommet est élevé en pointe, offre les symptômes du phlegmon ou de l'abcès chaud. Cet abcès s'est ouvert ; il s'en est écoulé du pus, des débris membraneux, quelques caillots, une grande quantité de sang artériel. (2e *période.*)

22. *Caractères anatomiques.* — Première période. — La tumeur est formée par la dilatation des trois membranes de l'artère, ou de deux seulement, l'une d'elles, soit l'interne, soit la moyenne, étant ulcérée ou rompue. Le sang qu'elle contient ne diffère en rien de celui qu'on trouve dans le trajet du vaisseau.

23. Deuxième période. — Au lieu d'une simple dilatation des tuniques artérielles, on rencontre un kyste à parois plus ou moins épaisses, et formées, soit par la tunique celluleuse encore conservée, les muscles et tégumens voisins, soit seulement par ces dernières parties, accolées entre elles, comprimées, amincies, plus ou moins désorganisées. Une matière fibrineuse le remplit, disposée par couches d'autant plus denses et décolorées, qu'elles se rapprochent de la superficie, et possédant les qualités ordinaires du caillot sanguin à mesure qu'elles sont plus centrales. Au milieu de la tumeur, et près de l'ouverture de communication du vaisseau avec le sac anévrysmal, le sang a conservé les qualités qui lui sont propres.

Ce kyste, placé sur l'artère qu'il comprime, communique avec elle au moyen d'une ouverture située dans sa partie inférieure. Cette ouverture, résultant de la rupture des tuniques interne et moyenne, est irrégulière, à bords découpés et flottans.

24. *Indications, moyens.* — Première période. — Arrêter les progrès de la tumeur, la faire disparaître, empêcher son retour, suivant les circonstances, par le traitement de Valsalva, par l'emploi des réfrigérans, par la compression exercée ou sur la tumeur ou sur le vaisseau au-dessus du point qu'elle occupe, enfin, par la ligature.

25. Deuxième période. — Retarder le développement de la tumeur, prévenir sa rupture par les moyens indiqués plus haut, et mieux par la ligature prati-

quée selon la méthode ordinaire ou celle dite d'Anel ou de Hunter.

26. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Abcès, 1 ; — Tumeurs placées sur le trajet de grosses artères. (Voy. *tumeur* dans les diverses régions.)

ANÉVRYSME FAUX PRIMITIF OU PAR INFILTRATION.

27. *Signes diagnostiques.* Une tuméfaction subite s'est formée dans le voisinage d'une artère, soit spontanément, soit à la suite d'une plaie : dans ce dernier cas, du sang écumeux, vermeil, s'échappe au-dehors ; dans l'un et l'autre, la peau est marbrée, la tuméfaction s'accroît rapidement ; les parties voisines tombent dans l'engourdissement et la stupeur ; les symptômes généraux des hémorrhagies se manifestent.

Si la tuméfaction est peu étendue et que ses progrès s'arrêtent, des symptômes inflammatoires locaux se développent.

28. *Caractères anatomiques.* Du sang artériel est épanché au milieu du tissu cellulaire de la partie ; on trouve une ouverture aux parois d'une artère voisine.

29. *Indications, moyens.* Arrêter l'écoulement du sang en comprimant, en liant l'artère principale de la partie où l'épanchement a lieu ; donner issue au liquide épanché ; prévenir ou combattre les accidens inflammatoires consécutifs.

30. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Emphysème, 51 ; — Ecchymose, 47.

ANÉVRYSME FAUX CONSÉCUTIF.

31. *Signes diagnostiques.* A la suite de blessure par un instrument acéré sur le trajet d'une artère, et dans l'endroit même de la piqûre, une petite tumeur a paru et augmente chaque jour ; elle est arrondie, circonscrite, sans changement d'état de la peau. Cette tumeur présente des mouvemens isochrônes aux battemens du pouls, et chaque contraction du cœur lui communique un mouvement d'expansion et non de soulèvement : si, à cette époque, on la comprime, elle disparaît en faisant sentir un petit bruissement.

Cette tumeur est devenue plus volumineuse, plus dure, irréductible ; elle possède les caractères généraux des anévrysmes. (Voy. *Anévrysme*, 20.)

32. *Caractères anatomiques.* Ceux des anévrysmes en général. (20 à 35.) L'artère se trouve toujours à la base de la tumeur.

33. *Indications, moyens.* (Voy. 24.)

34. *Maladies qu'on pourrait confondre.* Tumeurs placées sur le trajet d'une artère. (Voy. *Tumeurs dans les diverses régions.*)

ANÉVRYSME VARIQUEUX.

35. *Signes diagnostiques.* A la suite d'une blessure dans le voisinage d'une artère (ordinairement au pli

du bras, après la saignée de la veine mediane basilique), une petite tumeur oblongue a paru et se développe peu à peu : elle augmente de volume si le membre est pendant, ou si l'on y ralentit le cours du sang veineux par une compression à sa partie supérieure ; elle diminue si le bras est élevé ; on peut la faire disparaître en la comprimant. Cette tumeur offre des mouvemens isochrônes aux battemens du pouls, mais qui ne sont bien évidens que dans sa partie centrale, et sont accompagnés d'un bruissement très-sensible pour le malade, et plus ou moins pour l'observateur qui applique le doigt sur elle ; ou bien il n'y a point de tumeur, il n'existe autre chose qu'un bruissement, qui se propage plus ou moins loin, suivant le trajet des veines depuis le lieu de la blessure.

Une ligature embrassant et serrant le membre, au point de faire cesser les battemens de l'artère, n'apporte aucun changement dans le volume de la tumeur ; et si l'on presse celle-ci, elle disparaît, mais se montre de nouveau dès que la compression n'a plus lieu. Si, laissant la ligature en place, on comprime avec le doigt l'artère seule au-dessus du lieu malade, sans toucher à la veine, les battemens cessent. Cette tumeur s'affaisse et reste affaissée tant que l'artère est comprimée, mais reparaît aussitôt que le cours du sang est rétabli.

36. *Caractères anatomiques.* Dans l'endroit où se faisait sentir plus particulièrement le bruissement et

où la blessure a eu lieu, on trouve une adhérence entre l'artère et la veine adossées, et une ouverture de communication de l'un à l'autre de ces vaisseaux. Les rameaux veineux voisins sont plus volumineux qu'à l'ordinaire.

37. *Indications, moyens.* Cette affection ne produisant aucun effet fâcheux, n'exige aucun traitement particulier : mais si l'on voulait la faire cesser, on aurait recours à une double ligature, pratiquée au-dessus et au-dessous de la tumeur, en ayant soin d'appliquer la ligature inférieure la première.

CANCER.

38. *Signes diagnostiques.* Dans une partie qui a été précédemment le siége d'une tuméfaction plus ou moins ancienne, d'un engorgement chronique indolent, une tumeur s'est développée : elle est dure, inégale, bosselée, non douloureuse, ou douée d'une grande sensibilité et déterminant par accès des douleurs lancinantes, brûlantes ; d'abord mobile sous la peau, elle est devenue adhérente à cette membrane, dont elle a changé l'aspect en lui donnant une couleur grisâtre, brunâtre, en rendant sa surface inégale, et la couvrant d'une croûte sèche, terreuse, plus ou moins tenace. (*Squirrhe ; Tumeur cancéreuse.*)

39. Après un temps plus ou moins long, la peau s'est enflammée, ulcérée, détruite dans certains endroits; l'ulcère, à bords durs, renversés, d'une cou-

leur rougeâtre, livide, s'élargit, gagne en profondeur, et produit une ou plusieurs excavations irrégulières ayant une surface grisâtre, brunâtre, rude au toucher, exhalant sans cesse une matière ichoreuse, brune, sanguinolente, et devenant le siége de fréquentes hémorrhagies et de douleurs lancinantes quelquefois atroces : alors, les fonctions nutritives s'altèrent, la peau prend une teinte jaune paille, s'infiltre ; il survient des symptômes généraux plus ou moins graves.

40. *Caractères anatomiques.* L'intérieur de la tumeur paraît généralement être composé de tissus squirrheux, encéphaloïde, fibreux, isolés, réunis ou mêlés à d'autres tissus avec ou sans analogues dans l'économie : ainsi, tantôt on la trouve entièrement formée par une substance homogène, d'une consistance égale à celle de la couenne de lard, ou du fibro-cartilage, ou même du cartilage, traversée ou non dans différens sens par des bandes fibreuses d'étendue, de formes variables, mais toujours reconnaissables à leur couleur blanche mate ; tantôt elle offre dans sa composition une matière pulpeuse, blanchâtre ou rougeâtre, divisée en lobules irréguliers séparés par des lames celluleuses très-fines, et imitant ainsi la disposition extérieure de la substance cérébrale ; tantôt, enfin, on y trouve une espèce de bouillie rosée ou d'une couleur lie de vin.

En coupant cette tumeur on en fait écouler divers liquides gélatineux, ichoreux, sanguinolens, qui

y étaient renfermés, soit dans des cavités irrégulières, soit dans des kystes bien organisés.

41. *Indications, moyens.* En général, si l'affection est à un degré peu avancé, sans complication, située à l'extérieur ou à la portée des instrumens, si le sujet est jeune, robuste, on doit détruire, extirper en totalité la partie malade. Dans les circonstances opposées, et lorsque la maladie semble avoir été transmise par hérédité, lorsque l'état appelé cachexie cancéreuse s'est manifesté, on doit chercher à ralentir la marche de la maladie, en diminuant l'intensité de ses symptômes par l'emploi des substances opiacées et en combattant les complications qui surviennent. (Voy. *Cancer dans les diverses régions.*)

42. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Fongus hématode, 63; — Inflammation chronique, 70; — Ulcération vénérienne, 145.

CHARBON, OU ANTHRAX MALIN.

43. *Signes diagnostiques.* Une tumeur dure, circonscrite, rouge, paraît, ayant été précédée, dans le lieu qu'elle occupe (ordinairement un membre, la nuque, la face postérieure du tronc, l'aine, l'aisselle), de chaleur, de douleur vive et de fièvre. Cette tumeur, d'un rouge beaucoup plus foncé au centre qu'à la circonférence, présente à son sommet une vésicule livide d'où s'écoule un liquide ichoreux, brunâtre. Après l'écoulement de ce liquide on aperçoit une

escarre noire entourée d'un cercle rouge pâle, formé par l'engorgement pâteux, emphysémateux, des parties molles voisines.

Des symptômes graves, annonçant un trouble général des fonctions, coïncident, dès le début, avec ces phénomènes locaux, et consistent dans des nausées, des vomissemens, la concentration du pouls, des syncopes, l'anxiété, la décomposition des traits de la face.

44. *Caractères anatomiques.* Ceux de la gangrène et de l'inflammation des divers tissus.

45. *Indications, moyens.* Combattre l'affection générale qui accompagne le charbon; borner les progrès de la désorganisation, en enlevant les parties mortifiées, en excitant les parties saines voisines. (Voy. *Pustule maligne*, 21).

46. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Anthrax, 16; — Pustule maligne, 90.

ECCHYMOSE.

47. *Signes diagnostiques.* Un corps dur a exercé une percussion sur un point de la surface du corps, ou bien un instrument acéré a pénétré obliquement sous la peau : dans cette partie ou dans une partie voisine plus déclive, se présente une tache plus ou moins large.

Cette tache est *rouge*, et la cause n'a agi que depuis peu d'instans, ou, la cause ayant agi quelques

jours auparavant, la tache a passé successivement du rouge au brun violet, au noirâtre, au plombé, puis à la teinte rouge plus claire qui existe dans ce moment.

La tache est *noirâtre, brune, violette, plombée*: mais elle a été précédemment rouge, et la violence extérieure a eu lieu il y a plusieurs heures.

La tache est d'un jaune citron ou paille ; elle a offert les diverses nuances brune, violette, noirâtre, plombée, et s'est beaucoup étendue en largeur.

Dans tous les cas, cette tache est plus foncée au centre qu'à sa circonférence.

48. *Caractères anatomiques.* En incisant la peau on trouve du sang infiltré dans le tissu cellulaire sous-jacent, et plus ou moins abondant, diversement coloré, suivant l'étendue et la couleur de la tache. (Dans les lividités cadavériques, le sang n'est pas épanché, mais la peau est rouge elle-même par l'accumulation du sang veineux dans ses vaisseaux.)

49. *Indications, moyens.* Si la tache est peu étendue, sans complication, favoriser l'absorption du sang infiltré au moyen de topiques répercussifs dans les premiers momens, d'applications résolutives plus tard. S'il y a en même temps épanchement, collection de sang, ce qu'on reconnaît à la couleur foncée de la peau, jointe à la fluctuation avec ou sans douleur, donner issue au liquide épanché, favoriser sa sortie, prévenir le développement de l'inflammation.

50. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Taches scorbutiques ; — tache rouge, résultant de l'application d'un vésicatoire ; — Gangrène, 147 ; — Phlegmon, 86 ; — Anévrysme faux primitif, 27 ; — Erysipèle, 55 ; — Lividités cadavériques.

EMPHYSÈME.

51. *Signes diagnostiques.* La peau est tuméfiée, sans changement dans sa couleur. Cette tuméfaction est diffuse, indolente, uniforme, élastique, luisante, ne conserve pas l'empreinte du doigt, mais fait entendre sous la pression un certain bruit appelé crépitation.

52. *Caractères anatomiques.* La tuméfaction est produite par un gaz infiltré dans les mailles du tissu cellulaire ; sa nature varie selon la source qui l'a fourni.

53. *Indications, moyens.* Donner issue au gaz épanché au moyen d'incisions suffisantes. Empêcher son retour en détruisant la cause de son épanchement.

Si l'emphysème est peu considérable, et que la cause qui l'a produit ait cessé d'agir, favoriser l'absorption au moyen de frictions sèches, de fomentations toniques et résolutives.

54. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Œdème, 82 ; — Anévrysme faux primitif, 27.

ERYSIPÈLE.

55. 1°. La peau présente une tuméfaction plus ou moins étendue, diffuse, luisante, ayant une couleur

d'un rouge vif et clair, ou d'un rouge foncé, légèrement jaunâtre, qui disparaît sous la pression du doigt et revient subitement dès qu'on cesse de comprimer. Cette partie est le siége d'un prurit fatigant, de douleur tensive, brûlante.

Les symptômes précédens ayant existé, il a paru sur la partie enflammée des vésicules remplies de sérosité.

La tuméfaction, la rougeur, la douleur, ont diminué ou disparu, la peau est couverte de croûtes jaunâtres ou d'écailles furfuracées.

56. La tuméfaction est dure, profonde, est le siége de douleurs pongitives, brûlantes, puis pulsatives. Les caractères du phlegmon se manifestent (*Erysipèle phlegmoneux.*)

57. *Indications, moyens.* Combattre l'inflammation, favoriser sa terminaison par résolution, si l'érysipèle est simple et idiopathique, au moyen d'un traitement antiphlogistique local et général; s'il tient à une cause interne, avoir recours aux moyens que cette cause réclame.

58. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Phlegmon, 86; — Œdème, 82; — Anthrax bénin, 16.

EXOSTOSE.

59. *Caractères anatomiques.* Dans une partie voisine du corps d'un os long ou d'un os large, s'est développée lentement, avec ou sans douleur, et sans changement d'état de la peau, une tumeur dure,

incompressible, à base large, se confondant avec l'os et y adhérant fortement; étant par conséquent immobile, et ne pouvant être changée de place ni de forme soit par la pression exercée sur elle dans tous les sens, soit par les mouvemens de totalité de la partie où elle siége.

60. *Caractères anatomiques.* L'os tuméfié présente une dureté plus grande que dans l'état ordinaire. Il peut être éburné. Si l'on examine avec soin cette partie osseuse tuméfiée, on la voit offrir une ou plusieurs des dispositions suivantes :

L'altération consiste en un écartement des fibres produit par l'accumulation d'une matière osseuse qui occupe le centre de la tumeur, et présente un degré d'organisation moins avancé que le reste et se rapprochant plus ou moins de l'état fibreux, cartilagineux.

La tumeur est formée par une réunion de lames osseuses superposées, irrégulièrement disposées, et laissant entre elles des espaces ou cellules de forme et grandeur diverses, renfermant une substance peu consistante, d'une nature particulière.

La tumeur forme une portion de sphère creuse, à parois épaisses et dures, contenant des végétations fongueuses, fibreuses, indolentes.

La tumeur, entièrement solide, offre la dureté de l'ivoire; sa surface est ou bosselée et irrégulière, ou lisse et polie.

S'il y a eu des symptômes inflammatoires, on trouve quelquefois, au milieu de la tumeur, une matière

gélatineuse, des foyers purulens et autres traces d'inflammation.

61. *Indications, moyens.* Combattre d'abord la cause interne (ordinairement de nature vénérienne) qui produit l'exostose.

Si la tumeur est ancienne, dure, indolente, stationnaire, ne gêne point les fonctions d'organes importans, l'abandonner à elle-même.

Si elle occasione des accidens par sa présence, en faire l'ablation, suivant les cas, en la sciant, ou en l'enlevant par parties, à l'aide de la gouge et du maillet de plomb, après l'avoir isolée, au moyen de l'instrument tranchant, des parties molles qui l'entouraient. Si l'on trouve, après son ablation, l'os malade dans le lieu qu'elle occupait, détruire cette portion altérée par la rugine, ou le cautère actuel, quand cela est possible, en raison de son étendue et de la région sur laquelle on agit.

62. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Périostose, 94; — Tumeurs diverses, placées profondément. (Voy. *Tumeur dans chaque région.*)

FONGUS HÉMATODE.

63. *Signes diagnostiques.* 1°. Une tumeur plate, large, mal circonscrite, s'étendant plus ou moins loin dans l'épaisseur de la peau (ordinairement au front, au nez, aux paupières, aux lèvres, aux oreilles, à l'épaule), s'est développée lentement, après avoir paru d'abord sous la forme d'une piqure de puce.

Cette tumeur est grisâtre ou rouge, granulée, compressible, quelquefois fluctuante, plus rénitente pendant les cris et l'agitation du malade, diminue de volume par une compression long-temps prolongée, ou lorsqu'on facilite le cours du sang veineux dans la partie (en élevant, par exemple, un membre où elle se trouve); si on l'incise il en sort un sang livide, noirâtre.

2°. Ou bien à la suite de douleur obtuse sans changement de couleur à la peau, est survenue une petite tumeur mobile, indolente, élastique, qui, s'étant développée peu à peu, a acquis tout d'un coup, à la suite d'une percussion, les caractères énoncés plus haut.

3°. Les phénomènes précédemment indiqués ayant existé, la peau s'est amincie, est devenue rouge, violette, s'est ulcérée; il survient des hémorrhagies fréquentes, et, par l'ouverture qui s'est faite à la peau, on voit sortir un tubercule rougeâtre, bosselé, mou, disparaissant ou diminuant par la pression, saignant au moindre contact. Des douleurs très-vives, continuelles, se font sentir; l'état général du malade s'altère profondément.

64. *Caractères anatomiques.* La tumeur est formée aux dépens du tissu cellulaire et des autres parties molles. Elle offre l'aspect d'un tissu spongieux, fibreux, ordinairement blanchâtre ou rougeâtre, friable, présentant un grand nombre d'aréoles remplies de sang, communiquant toutes entre elles, et enveloppées par une membrane commune, dense,

fibreuse ou fibro-cartilagineuse ; quelquefois on trouve au centre de la tumeur une seule cavité contenant du sang fluide noirâtre, ou bien il n'existe qu'une masse pulpeuse, rouge, sans traces d'organisation, plus ou moins molle et partagée en lobules par un tissu celluleux ou fibreux. Tantôt les vaisseaux qui se rendent à cette tumeur sont sains ; tantôt, lorsqu'on en trouve à l'intérieur, ils présentent, sur leurs parois amincies, un grand nombre d'ouvertures de formes et de grandeurs diverses.

65. *Indications, moyens.* Détruire la maladie dans toute son étendue, sans en laisser la moindre trace. Lorsqu'on peut en découvrir exactement les limites, en faire l'ablation au moyen de l'instrument tranchant. Si l'altération n'est pas bornée, s'étend profondément, enlever l'organe qu'elle occupe, si toutefois sa nature le permet : comme une lèvre, un membre, en tranchant dans les parties saines; s'abstenir de toute opération dans le cas contraire, et chercher à diminuer l'intensité des symptômes.

66. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Abcès froid, 8; — Varices, 98 ; — Anévrysme, 20 ; — Cancer, 38.

FURONCLE.

67. *Signes diagnostiques.* 1°. Tumeur développée promptement, dure, chaude, douloureuse et d'une couleur rouge violette, ayant une forme conique, et dont la base est située profondément dans la peau.

2°. Après avoir présenté ces caractères pendant

quelque temps, son sommet est devenu blanchâtre ou livide, s'est ouvert ; une légère pression en fait sortir tout-à-coup, avec un peu de pus sanguinolent, une petite masse blanchâtre, épaisse, grumeleuse, formée par du tissu cellulaire mortifié. (*Bourbillon.*)

68. *Indications, moyens.* Modifier l'état des premières voies, auquel le développement du furoncle est lié ; calmer l'irritation locale au moyen des émolliens ; favoriser la suppuration et la sortie du bourbillon par l'application de maturatifs.

69. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Anthrax bénin, 16 ; — Charbon, 43 ; — Erysipèle, 55 ; — Phlegmon, 86.

INFLAMMATION.

70. *Signes diagnostiques* (*). 1°. A l'*état aigu*, une partie offre de la rougeur, de la douleur, de la tumé-

(*) Ces signes varient suivant la nature et les fonctions de l'organe enflammé, le lieu qu'occupe cet organe, le degré de l'inflammation, ses complications, les dispositions individuelles, etc. Il est impossible de les indiquer en peu de mots. En effet, l'inflammation fait, pour ainsi dire, la base de la plupart des maladies, devient souvent la complication de quelques-unes, qui, d'abord, lui sont étrangères (comme les lésions physiques) ; elle est le résultat nécessaire du plus grand nombre ; il faudrait donc pour en indiquer les caractères, décrire presque toutes les affections connues, ce qui n'est pas possible dans un ouvrage tel que celui-ci, qui n'a pas pour but de faire l'histoire des maladies, mais seulement de donner, autant que cela est possible, les signes à l'aide desquels on peut les reconnaître : nous allons présenter les phénomènes ordinaires caractéristiques de l'inflammation, abstraction faite des variétés qu'ils peuvent offrir dans diverses circonstances.

faction, et une élévation de température. (La réunion de plusieurs de ces phénomènes est nécessaire pour caractériser l'inflammation; chacun d'eux en particulier n'a aucune valeur.)

La rougeur varie d'intensité depuis la teinte rosée de l'érysipèle commençant jusqu'à la couleur violette, livide, du charbon. La chaleur, toujours sensible pour le malade, l'est aussi pour l'observateur, si l'inflammation occupe la surface du corps ou un organe peu profondément situé. La douleur est âcre, prurigineuse, mordicante, pulsative, sourde, gravative, aiguë, pongitive, contusive, profonde, selon la partie intéressée; elle s'est développée graduellement; elle est peu ou point mobile, continue; la pression l'augmente ou au moins ne la diminue pas; elle se présente avec plusieurs des symptômes locaux qui précèdent et ceux indiqués ci-après. Le cours du sang est accéléré, la température du corps est élevée; il y a un malaise général (fièvre); en même temps se développent ou non des phénomènes sympathiques, comme la céphalalgie, des douleurs diverses, le trouble des sécrétions, l'augmentation ou la diminution de la transpiration, de l'urine, etc.; la soif, l'agitation, le délire, etc.

71. 2°. (*Etat chronique.*) A la suite d'inflammati aiguë prolongée, ou bien spontanément et par degrés, ont paru et persistent depuis long-temps une douleur plus ou moins obtuse, un malaise local habituel, augmentant ou non par la pression; l'altération de vo-

lume, de forme, de consistance et de fonctions dans l'organe où siége cette douleur; des symptômes fébriles plus ou moins marqués, continus ou intermittens, avec ou sans redoublemens et rémissions; il existe en même temps un malaise général habituel, de l'anxiété, un trouble plus ou moins grand des fonctions.

72. *Caractères anatomiques.* Ils sont nombreux et variables, suivant le degré de l'inflammation, le tissu enflammé, etc.; mais en général on regarde comme résultat de l'inflammation, 1°. l'injection des capillaires; 2°. la coloration rouge, brune, noirâtre; 3°. l'épaississement ou la diminution de volume; 4°. la diminution de consistance (friabilité, ramollissement), excepté dans les cas de rachitis, de ramollissement des symphyses du bassin chez les femmes enceintes, le ramollissement du cœur, celui de la cornée transparente chez les animaux nourris uniquement avec la gomme ou le sucre; 5°. l'ulcération des parties molles, la carie, la nécrose; 6°. l'augmentation de consistance (induration), qui résulte toujours de l'inflammation chronique; 7°. la présence du pus, soit à l'état d'infiltration, soit à celui de collection.

73. *Indications, moyens.* Faire cesser l'exaltation de sensibilité et l'afflux sanguin dans la partie enflammée, 1°. en diminuant la masse du sang au moyen d'évacuations sanguines locales et générales, et en la modifiant par l'usage de boissons aqueuses; 2°. en amollissant les tissus enflammés, s'ils sont à

l'extérieur, par l'application de topiques humides et chauds. Les moyens sont *généraux* ou *locaux* : les premiers sont le repos, la privation d'alimens, la saignée générale, l'usage de boissons délayantes, rafraîchissantes, les bains : les moyens locaux consistent dans l'emploi des répercussifs, si l'inflammation est produite par une cause externe, est peu étendue et commençante ; des saignées locales, des topiques émolliens, relâchans, comme les fomentations emollientes, les cataplasmes tièdes, mucilagineux, les bains locaux, etc.

Si, après l'usage de ces divers moyens, l'inflammation persiste, la faire disparaître en déterminant un point d'irritation loin d'elle à l'aide des révulsifs à l'extérieur, ou dirigés sur le tube intestinal, suivant les circonstances.

LOUPES.

74. *Signes diagnostiques.* Tumeurs circonscrites, indolentes, placées sous la peau, à laquelle elles n'adhèrent point, et glissant sous le doigt lorsqu'elles sont peu anciennes ; ne diminuant pas par la pression et n'offrant point de mouvemens d'abaissement et d'élévation isochrônes à ceux du pouls ; offrant, en outre, suivant leur nature, les caractères suivans :

75. La tumeur est exactement arrondie, molle, fluctuante, très élastique. (*Mélicéris.*)

76. Elle a une forme oblongue, est peu élastique, comme pâteuse, revenant lentement à son état primitif après avoir été comprimée. (*Athérome.*)

77. Elle est dure, bosselée, mobile, peu compressible, point élastique : on sent à travers les tégumens qu'elle est formée de plusieurs lobules agglomérés. (*Stéatôme.*)

78. Elle est molle, flasque, élastique, point rénitente ; paraît, au toucher, comme remplie de coton : elle est inégale ; mais ses saillies, qu'on sent sous la peau amincie qui la recouvre, cèdent facilement à la pression. (*Lipôme.*)

79. *Caractères anatomiques.* Le méliceris et l'athérôme consistent en un kyste, dont la surface extérieure est unie aux parties voisines au moyen du tissu cellulaire qui les entoure. Leur surface interne, concave, lisse, offre l'aspect des membranes séreuses plus ou moins altérées par l'inflammation : leurs parois sont formées par des couches superposées de tissu cellulaire condensé, mais conservant de la transparence, ou bien par un tissu compacte, corné, quoique mince ; tantôt par un tissu fibro-celluleux ou celluleux parfait. Leur cavité est remplie d'une humeur plus ou moins liquide, pultacée, qu'on a comparée pour l'aspect à du miel, à du suif amolli par la chaleur, et qui offre quelque analogie avec l'adipocire.

Le stéatôme et le lipôme résultent de l'agglomération de plusieurs cellules distendues par une subs-

tance graisseuse, blanche, ferme, mêlée à un liquide plus ou moins abondant; elles n'offrent point de kyste et se trouvent immédiatement sous la peau.

80. *Indications, moyens.* Détruire la tumeur ou l'extirper : on peut la détruire au moyen de caustiques ou du séton; mais, en général, l'extirpation est préférable, soit au moyen de la ligature, si la tumeur est pédiculée, soit, dans le cas contraire, en disséquant le kyste et l'enlevant tout entier; soit, enfin, en en faisant l'amputation à la base, si la loupe n'est point enkystée, comme le stéatôme et le lipôme.

81. *Maladies qu'on peut confondre :* Abcès froid, 8; — Cancer, 58; — Fongus hématode, 65; — Tumeur fongueuse de la dure-mère, 176.

OEDÈME.

82. *Signes diagnostiques.* Tuméfaction uniforme, indolente, froide, non circonscrite, comme transparente, donnant à la peau une couleur d'un blanc plus ou moins laiteux, se laissant facilement déprimer, mais gardant pendant quelques instans l'impression du doigt.

83. *Caractères anatomiques.* Les aréoles du tissu cellulaire sous-cutané et inter-musculaire sont distendues et remplies de sérosité.

84. *Indications, moyens.* Combattre la cause à laquelle l'œdème est lié : s'il persiste ou s'il est essentiel, exciter l'absorption du liquide épanché par des

frictions sèches, aromatiques ou spiritueuses, ou par une compression méthodique et soutenue, si le lieu le permet.

85. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Emphysème, 51 ; — Abcès froid, 8.

PHLEGMON.

86. *Signes diagnostiques.* Une douleur légère d'abord, puis plus vive, accompagnée de chaleur, de pulsations rapides, s'est déclarée dans une partie, qui bientôt a présenté un point d'engorgement auquel a succédé une tumeur circonscrite, conique, dont la base est dure, douloureuse au toucher; cette tumeur offre une couleur rouge, intense à son sommet, plus pâle à sa base, mais qui ne disparaît pas sous la pression du doigt; un engorgement du tissu cellulaire sous-cutané voisin l'entoure dans une plus ou moins grande étendue.

87. *Caractères anatomiques.* Dans le commencement, le tissu cellulaire est épaissi, ses capillaires sanguins sont devenus très-apparens, dans ses aréoles est épanché un fluide séro-albumineux, dont la consistance est plus grande vers la circonférence de la tumeur, et au contraire plus faible à son centre, où il est presque séreux. Plus tard, on trouve au centre du phlegmon un liquide opaque, assez consistant, infiltré (pus); en s'éloignant de ce point, on rencontre successivement, aussi à l'état d'infiltration, un liquide séro-albumineux, puis de l'albumine pure.

88. *Indications, moyens.* Rechercher la cause du phlegmon, la détruire.

Si la maladie est à son début, empêcher son développement par des moyens généraux débilitans, comme la saignée, les boissons aqueuses abondantes, la diète, le repos; si elle est développée, favoriser sa terminaison par résolution à l'aide des résolutifs, quand elle est légère et paraît tendre à cette terminaison; ou diminuer son intensité et aider la formation du pus en faisant usage des moyens ci-dessus, ainsi que de topiques émolliens, maturatifs.

89. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Anthrax bénin, 16; — Charbon, 43; — Erysipèle, 55; — Furoncle, 67.

PUSTULE MALIGNE.

90. *Signes diagnostiques.* 1°. A la suite du contact médiat ou immédiat des dépouilles d'animaux morts du charbon ou par l'approche d'animaux morts de cette maladie, il s'est développé dans une partie habituellement découverte, (comme le visage, le col, la gorge, les mains, les jambes), et sans aucun symptôme précurseur, un prurit, un picotement incommode; puis a paru une vésicule de la grosseur d'un grain de millet et offrant une couleur brunâtre. (1re *période.*)

2°. Cette vésicule s'est rompue, a répandu une sérosité rousse : un petit tubercule, dur, mobile, aplati, de la forme et de la grosseur d'une lentille,

un peu jaunâtre, livide, se présente. Le prurit s'est changé en un sentiment d'érosion; les parties qui environnent le tubercule se gonflent et forment autour de lui un cercle pâle, ou rouge livide, ou orangé, saillant, comme œdémateux ou météorisé; la peau voisine se tend, devient luisante, se couvre de petites phlyctènes pleines de sérosité : le tubercule central est noir, escarifié. (2e *période.*)

3°. L'escarre s'est étendue; le cercle qui l'entoure forme un bourrelet plus ou moins large : le malade n'éprouve dans cette partie qu'un sentiment de stupeur, d'engourdissement; des symptômes généraux surviennent, tels que la concentration, l'irrégularité du pouls, des lipothymies, des cardialgies, des vomissemens, de la céphalalgie, un délire tranquille, l'affaiblissement général, la décomposition des traits de la face. (3e *période.*)

91. *Caractères anatomiques.* Ceux de l'inflammation et de la gangrène de la peau et du tissu cellulaire.

92. *Indications, moyens.* Détruire promptement et profondément le point affecté et les parties saines qui répondent au contour de l'escarre. Les moyens convenables consistent dans l'incision large et profonde, ou même l'excision de la partie désorganisée et sa cautérisation à l'aide de caustiques liquides énergiques; enfin, l'usage intérieur de médicamens toniques et excitans.

93. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Anthrax bénin, 16; — Charbon, 43; — Erysipèle, 55.

PÉRIOSTOSE.

94. Chez un individu qui a présenté ou qui présente actuellement des symptômes d'infection vénérienne, une tumeur s'est développée dans une partie où se trouve un os long ou un os large (sous les tégumens du crâne, dans la région frontale et sur la partie antérieure du temporal, à la face antérieure du sternum, sur la face externe du radius, sur la face interne du cubitus ou sur le tibia). Cette tumeur a été précédée de douleurs fixes, se faisant sentir particulièrement la nuit : d'abord elle a paru sous la forme d'un engorgement peu marqué, non circonscrit, douloureux au toucher.

Cette tumeur est immobile; sa base est adhérente à l'os et se confond insensiblement avec lui. Elle présente une consistance médiocre, une espèce d'empâtement, mais sans conserver l'impression du doigt et sans offrir de fluctuation (tant que la peau est saine).

Sur une tumeur de cette nature, un phlegmon terminé par suppuration s'est formé; l'abcès s'est ouvert, et malgré l'écoulement du pus, la tumeur a conservé son volume ordinaire. Si l'on examine le fond du foyer, on y voit une masse grisâtre, jaunâtre, ayant l'aspect du bourbillon d'un furoncle. Ce corps, formé par le tissu cellulaire et le périoste mortifiés, s'échappe au-dehors et laisse voir l'os dénudé et ne

crose (Voy. *Nécrose*, 102), ou couvert de bourgeons charnus, selon que la maladie s'est étendue à l'os, ou n'a intéressé que le périoste.

95. *Caractères anatomiques.* Le tissu cellulaire voisin de l'os et le périoste sont tuméfiés, transformés en une substance homogène blanchâtre, grise, pâteuse, ayant, à la coupe, la consistance et l'aspect de vieux fromage.

Si la tumeur est ancienne, on lui trouve une grande dureté. Son tissu est tuméfié, induré, et présente aussi les caractères de l'exostose (59).

96. *Indications, moyens.* Détruire la cause interne. Si la tumeur, après avoir offert de la douleur, devient indolente, dure, stationnaire, on doit l'abandonner à elle-même. S'il existe des symptômes inflammatoires, les combattre afin d'empêcher la périostose d'arriver à suppuration. S'il s'est formé un abcès, en faire l'ouverture avec l'instrument tranchant.

97. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Exostose, 59; — Loupes, 74; — Nécrose, 102; — Carie, 108.

VARICES.

98. *Signes diagnostiques.* 1°. Sous la peau et sur le trajet d'une veine dilatée, se présentent des saillies oblongues, noueuses, offrant une couleur bleuâtre, de la mollesse, de l'élasticité. Elles sont compressibles, sans battemens, diminuent de volume par la position horizontale de la partie où elles siègent. Si elles

existent depuis long-temps, elles sont dures, engorgées, surtout à leur paroi profonde, qui semble former une sorte de gouttière solide.

2°. Elles sont isolées, disséminées ou bien réunies en masse, et formant, par leurs flexuosités, une ou plusieurs tumeurs très-irrégulières, d'abord indolentes, accompagnées ou non de l'empâtement du tissu cellulaire environnant, et ne produisant qu'un sentiment de pesanteur, un engourdissement dans les parties voisines.

3°. La peau qui recouvre une de ces tumeurs s'est enflammée et ulcérée; du sang veineux s'en échappe en abondance. (Voy. *ulcère variqueux*, 137.)

99. *Caractères anatomiques.* Ces tumeurs résultent de la dilatation des veines transformées en cylindres inégaux, bosselés, allongés, décrivant un plus ou moins grand nombre de circuits, présentant, selon l'ancienneté de la maladie, diverses altérations, comme l'épaississement, l'induration de leurs tuniques, etc. Le sang qu'elles contiennent est tantôt fluide, tantôt épaissi, coagulé.

100. *Indications, moyens.* Retarder le développement de la maladie, 1°. en faisant cesser la cause; 2°. par le moyen d'une compression méthodique et permanente, si le lieu où elle siège le permet. S'il existe des symptômes inflammatoires, avoir recours au repos, aux applications émollientes. Dans le cas où les tumeurs variqueuses sont isolées, en tenter la guérison par l'extirpation.

101. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Anévrisme variqueux, 35 ; — Fongus hématode, 63.

NÉCROSE.

102. *Signes diagnostiques.* Une douleur vive, profonde, fixe, accompagnée de sueurs partielles pendant la nuit, d'amaigrissement et autres signes d'altération de nutrition, s'est developpée dans une partie qu'occupe un os plat ou le corps d'un os long. Elle a été suivie d'un engorgement des parties molles, d'une tuméfaction lente, saillante, non circonscrite, pâteuse, sans changement d'état de la peau, et paraissant adhérente à l'os.

La peau et le tissu cellulaire qui recouvrent cette tumeur se sont enflammés ; des symptômes de phlegmon, une fluctuation lente à paraître et long-temps douteuse, se sont déclarés. (1re période.)

103. La peau est ulcérée et présente une ou plusieurs ouvertures fistuleuses qui fournissent beaucoup de pus, saus que la tumeur diminue sensiblement de volume. A travers ces ouvertures on aperçoit l'os dénudé, pâle, insensible à la pression, offrant une surface raboteuse, sèche, sonore à la percussion, si la maladie affecte la superficie d'un os peu profondément situé. Lorsque les ulcérations, trop étroites et sinueuses, ne permettent pas d'apercevoir l'os, en introduisant une sonde dans ces trajets fistuleux, on rencontre un corps dur, inégal, insensible.

La tuméfaction augmente, la forme de la partie est altérée; la sonde pénètre dans une cavité osseuse où elle va frapper le séquestre, reconnaissable aux caractères ci-dessus indiqués. (2e période.)

104. Les phénomènes précédens existent depuis un certain temps; la surface de l'os semble s'être élevée. En la frappant avec une sonde elle produit un son plus obscur qu'auparavant; on peut même lui imprimer des mouvemens en la pressant. (3e période.)

105. *Caractères anatomiques.* Les parties molles qui avoisinent l'os nécrosé en sont détachées et sont baignées de pus. La portion osseuse altérée a conservé sa consistance, mais elle a perdu cette teinte rosée naturelle aux os sains, et présente une couleur jaunâtre, blanchâtre ou grisâtre. Adhérente encore aux parties vivantes par son centre, elle en est séparée à sa circonférence par une rainure plus ou moins profonde, qui établit une ligne de démarcation entre l'os sain et l'os malade; ou bien elle est entièrement isolée, sous forme de plaque irrégulière, amincie sur ses bords, et ayant une étendue moins considérable que la surface qu'elle occupait. Cette surface présente, selon l'ancienneté de la maladie, tantôt une simple coloration rose ou rouge, tantôt des bourgeons charnus, tantôt enfin une cicatrice plus ou moins bien organisée. Quelquefois (lorsqu'ayant son siége dans le corps d'un os long, la nécrose n'intéresse que sa face profonde) l'os dilaté, épaissi, conservant les

caractères de l'os vivant, renferme dans son intérieur la portion frappée de mort, et lui forme une enveloppe irrégulière percée d'ouvertures qui correspondent aux ulcérations fistuleuses de la peau. Les parois osseuses de cette cavité nouvelle, continues avec les parties saines du corps de l'os, sont compactes, pesantes et épaisses.

106. *Indications, moyens.* Détruire la cause interne qui a produit la mort de l'os. Si le séquestre est peu volumineux, si sa présence ne donne pas lieu à des accidens graves, attendre sa séparation et son expulsion; s'il se présente à une des ouvertures extérieures, en faciliter la sortie, en faire l'extraction. Si la maladie est étendue, si des symptômes généraux alarmans se déclarent, et qu'on soit certain que le séquestre est bien séparé, extraire ce corps étranger en incisant largement les parties molles et en perforant l'os nouveau. Si la nécrose s'étend à une articulation, abandonner la maladie à elle-même, ou faire l'amputation du membre au-dessus d'elle.

107. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Exostose, 59; — Périostose, 94; — Carie, 108; — Fistule cutanée, 112.

CARIE.

108. *Signes diagnostiques.* Dans un point voisin d'un ou de plusieurs os, à la suite de percussion, de plaie, ou spontanément chez un sujet scrophuleux, scorbutique, vénérien, ont paru successivement une dou-

leur fixe et profonde, le gonflement, l'inflammation et l'ulcération des parties molles extérieures.

Il existe une ou plusieurs ouvertures à bords grisâtres, entourés d'un cercle livide; il en sort continuellement et avec abondance un liquide séreux, fétide, gris, brun, tachant le linge en noir, entraînant quelquefois de petits fragmens osseux. L'ulcération est assez large pour qu'on puisse apercevoir au fond l'os dénudé, altéré; ou bien elle est étroite, profonde: si l'on y introduit une sonde, celle-ci pénètre au milieu des parties, parvient jusqu'à l'os, qu'on sent céder à la pression exercée sur lui: l'instrument semble alors cheminer à travers de petits corps durs qu'il rompt ou qu'il déplace, ou n'éprouver d'autre résistance que celle qu'offrirait une masse de substance lardacée. Quelquefois, lorsque le trajet est sinueux, la sonde ne peut parvenir jusqu'à l'os, et se trouve égarée au milieu des parties molles; mais les phénomènes indiqués précédemment existent et peuvent être accompagnés de la déformation de quelqu'os situé dans le voisinage.

109. *Caractères anatomiques.* L'ouverture extérieure communique par un trajet plus ou moins sinueux avec un os altéré. Les parties molles les plus voisines de cet os ne lui adhèrent plus dans le lieu de l'altération, elles en sont séparées par un liquide sanieux, grisâtre, brunâtre, fétide, semblable à celui qui s'échappait par l'ouverture fistuleuse. Le tissu osseux a perdu sa couleur blanche rosée naturelle; il offre une teinte grise

brune ou verdâtre. Sa densité est moindre, l'instrument pénètre facilement dans la substance compacte ; le plus léger effort détruit et réduit en poussière les lames de la substance spongieuse ; d'autres fois l'os est ramolli, flexible, peut se couper comme un cartilage. Dans la plupart des cas, on trouve la substance médullaire tuméfiée, injectée, abreuvée d'un liquide rougeâtre, abondant. Suivant l'ancienneté et les progrès de la maladie, la nature et les fonctions de l'os, on observe en outre diverses altérations dans sa continuité ou sa contiguïté, comme perte de substance, vermoulure, formation et détachement d'esquilles, usure des surfaces articulaires, etc.

110. *Indications, moyens.* Rechercher la cause, la combattre par les moyens convenables ; si l'os carié est profondément situé au milieu de vaisseaux ou de nerfs nombreux que pourraient intéresser des instrumens dirigés sur lui, et si la maladie tient à une diathèse scrophuleuse ou autre qui a résisté au traitement approprié, attendre l'expulsion de la partie cariée et l'aider par des applications excitantes ou émollientes, suivant le cas ; enfin calmer les symptômes généraux qui se présentent. Si la carie est étendue, située peu profondément, et donne lieu à des accidens résultant de l'abondance de la suppuration, arrêter ses progrès en détruisant la portion d'os qui en est le siége, soit par l'emploi des caustiques ou du cautère actuel, soit en enlevant le fragment osseux altéré.

111. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Périostose. 94 ; — Nécrose, 102 ; — Fistule cutanée, 112. (*Voy. fistules, dans les diverses régions.*)

FISTULES.

112. *Signes diagnostiques.* A la suite de l'ouverture d'un abcès, ou spontanément, une ulcération de la peau s'est produite. Elle est entourée d'un cercle brunâtre, violacé; fournit habituellement un liquide séreux, roussâtre, et forme l'orifice d'un trajet fistuleux plus ou moins étroit, dirigé horizontalement ou peu profondément sons la peau amincie et décollée, mais ne communiquant ni avec une cavité naturelle, ni avec un os altéré. (*Fistule cutanée.*)

113. *Indications, moyens.* 1°. Changer le mode de vitalité des parois de la fistule, en y produisant une légère irritation, soit par l'injection de substances excitantes, soit par l'incision des parties décollées et l'introduction d'un corps mou dans la plaie ; 2°. favoriser l'adhérence de ces parois au moyen d'une compression douce et soutenue.

114. Il existe dans un point de la peau une ouverture fistuleuse (112), suite de blessure. En y introduisant le doigt ou une sonde, on y reconnaît, par une résistance insolite, la présence d'un corps étranger. (*Fistule par corps étranger.*)

115. *Indications.* Faire l'extraction du corps étranger; favoriser le recollement des parois du trajet fistuleux.

116. Une ouverture fistuleuse fournit un pus séreux, fétide, noirâtre, tachant le linge en jaune, roussâtre foncé. Une sonde introduite par cette ouverture, jusqu'à l'os, on sent que celui-ci est inégal, amolli, et se laisse facilement pénétrer par l'instrument. (*Fistule par carie.* Voy. 108.)

117. Une ouverture fistuleuse fournit habituellement un liquide qu'on reconnaît pour être celui qu'excrète une glande voisine, ou que contient une cavité près de laquelle elle est située. (Voy. *Fistule dans chaque région.*)

PLAIES.

118. *Signes diagnostiques.* Des parties molles divisées par l'action d'un corps piquant, coupant ou contondant, ont éprouvé ou non une perte de substance. Cette solution de continuité fournit du sang, ses bords sont écartés.

A la suite de ces circonstances les bords de la division se sont gonflés, ont rougi; un liquide blanc, lié, inodore (pus), s'échappe de leur surface.

Ces bords tendent à se rapprocher, s'agglutinent. (*Plaie simple.*)

119. *Indications, moyens.* Affronter les bords de la division, les maintenir rapprochés au moyen de bandelettes agglutinatives ou d'un bandage approprié à l'état de la plaie et à son siége.

120. Une plaie (118) est suivie d'un ou de plusieurs des phénomènes suivans. (*Plaie compliquée.*)

121. Il y a effusion considérable de sang (*plaie compliquée d'hémorrhagie*) : ce sang est d'un rouge vif, écumeux, s'élance par jets inégaux, mais isochrones aux battemens du pouls (blessure d'une artère); ce sang est noir, non écumeux, coule en nappe (blessure d'une ou de plusieurs veines.)

122. *Indications, moyens.* Arrêter promptement l'écoulement du sang, soit en interceptant son cours dans le vaisseau blessé, par une ligature, soit en favorisant la formation du caillot sur l'ouverture, au moyen de la compression ou de la cautérisation.

123. Une plaie existe depuis deux ou trois jours; ses bords sont tuméfiés, rouges et secs, ou fournissent peu de pus : une douleur s'y fait sentir; cette douleur est continue, augmente par la pression, s'étend plus ou moins loin aux parties voisines : des phénomènes généraux inflammatoires se développent (70). *Plaie compliquée d'inflammation.*)

124. *Indications, moyens.* (Voy. *Inflammation*, 72.)

125. La plaie a été faite par un instrument acéré, dirigé obliquement; elle a fourni peu ou point de sang, ou bien l'écoulement de ce liquide s'est arrêté : dans le lieu qu'elle occupe s'est développée promptement une tumeur, sans changement de couleur à la peau, sans douleur aiguë; les jours suivans, cette tumeur présente les caractères d'un épanchement sanguin sous-cutané (47). (*plaie compliquée de Trombus, ou tumeur sanguine par blessure d'un vaisseau peu volumineux.*)

126. *Indications, moyens.* (Voy. *Ecchymose*, 49.)

127. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Anévrisme faux primitif, 27 ; — Anévrisme variqueux, 35 ; — Fongus hématode, 63.

128. Une plaie fournit habituellement une quantité de pus considérable relativement à son étendue ; à chaque pansement on fait sortir cette matière avec abondance en comprimant dans les environs de la plaie. Si l'on introduit une sonde entre les bords de la division et qu'on la dirige vers l'endroit d'où le pus paraît sortir en plus grande quantité, on découvre bientôt un foyer plus ou moins étendu, formé par le décollement des parties. (*Plaie compliquée de clapiers et d'accumulation du pus.*)

128 *bis. Indications, moyens.* Empêcher l'accumulation du pus en favorisant le recollement des parois du foyer, soit par la compression, soit en facilitant l'écoulement du liquide, au moyen d'une contre-ouverture dans la partie la plus déclive ; diminuer l'abondance de la suppuration en faisant cesser l'irritation locale qui la produit.

129. Une plaie existant chez un individu placé dans un lieu malsain, encombré de malades, est devenue très-douloureuse, s'est couverte d'une couche de matière visqueuse, grisâtre, épaisse ; il survient des accidens généraux plus ou moins fâcheux, comme l'insomnie, la fièvre, des symptômes de fièvre adynamique ou ataxique : le fond de la plaie est blafard, parsemé de taches grisâtres qui

lui donnent un aspect cendré, ou bien il présente un grand nombre d'excavations plus ou moins profondes, des saillies coniques, douloureuses, saignantes, recouvertes d'un pus épais, opaque, blanchâtre, et entourées à leur base d'un cercle rouge foncé. La plaie s'étend considérablement dans tous les sens; ses bords se gonflent, se durcissent, deviennent comme œdémateux; sa surface dégage beaucoup de gaz, une odeur fétide, et présente un grand nombre de lambeaux membraneux, mous, rougeâtres, pulpeux, qui s'en détachent à chaque pansement. (*Plaie compliquée de pourriture d'hôpital.*)

130. *Indications, moyens.* 1°. Soustraire le malade à l'influence fâcheuse des lieux où il se trouve; 2°. combattre l'affection générale par les moyens appropriés à son caractère inflammatoire ou adynamique; 3°. exciter la surface de la plaie par l'emploi de topiques irritans, comme les acides végétaux ou minéraux, purs ou affaiblis; ou la désorganiser à l'aide du cautère actuel. Si l'affection occupe une grande étendue d'une partie susceptible d'être enlevée, pratiquer l'amputation de cette dernière dans les tissus sains.

131. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Cancer, 38; — Gangrène, 149.

ULCÈRE.

132. *Signes diagnostiques.* Des parties molles sont le siège d'une solution de continuité avec perte de

substance, produite spontanément ou résultant de l'action d'un agent extérieur. Cette solution de continuité (ordinairement ancienne) tend moins à se cicatriser qu'à s'étendre. Elle a fourni, dès son apparition, et fournit habituellement un liquide purulent plus ou moins abondant et de diverses qualités.

133. La surface et les bords de l'ulcère sont rouges, sècrètent peu de pus ou seulement une sérosité sanguinolente, sont douloureux et saignent au moindre contact. (*Ulcère inflammatoire sordide.*)

134. L'ulcère est couvert d'escarres gangréneuses. (Voy. *Gangrène*, 149.)

135. La surface de l'ulcère est pâle, peu douloureuse, entourée ou couverte de granulations, de plaques dures, sèches, indolentes, blafardes, très-remarquables. (*Ulcère calleux.*)

136. *Indications, moyens.* Combattre l'irritation locale, amollir la surface de l'ulcère par des applications émollientes. Si les callosités ne disparaissent pas à l'aide de ces moyens, les détruire par la cautérisation, surtout si la peau qui les supporte est décollée et désorganisée ; ou bien les enlever avec l'instrument tranchant.

137. L'ulcère est placé au milieu de parties engorgées et pâteuses, de saillies irrégulières, bleuâtres, placées sous la peau et possédant les caractères des varices (98); sa surface est livide et le siége d'un écoulement brunâtre séro-sanguin. (*Ulcère variqueux.*)

138. *Indications.* Exercer sur la partie une com-

pression méthodique et permanente, afin de faciliter le cours du sang veineux, d'affaisser les parois des veines dilatées; favoriser en même temps la cicatrisation de l'ulcère par des pansemens convenables et en combattant les diverses complications qui peuvent se présenter.

139. La surface d'un ulcère offre des fongosités pâles, molles, larges, confondues entre elles, peu saillantes ou s'élevant en forme de champignons au-delà de ses bords. (*Ulcère fongueux.*)

140. *Indications.* Détruire la cause qui a déterminé le développement des fongosités; désorganiser ces dernières au moyen des caustiques, du cautère actuel; les extirper par la ligature ou l'excision, suivant qu'elles sont plus ou moins volumineuses et anciennes, pédiculées ou à base large, etc.

141. Un ulcère est survenu à la suite de coït avec un sujet atteint de syphilis, soit immédiatement après (et alors aux parties génitales), soit consécutivement à la blennorrhagie (et, dans ce cas, à la bouche, à la gorge, à l'anus, dans les narines). Il offre un fond couvert d'une couche épaisse, blanchâtre, des bords rouges taillés à pic; les parties voisines présentent une couleur rouge plus ou moins intense, sont tuméfiées; ou bien les bords de cet ulcère sont frangés, isolés et flottans, taillés perpendiculairement; sa surface est inégale, brune, douloureuse, fournit un pus sanieux, fétide. Il est entouré d'un cercle brunâtre, plus ou moins étendu. Le traitement antiphlogistique

local et général n'en arrête pas les progrès ; l'emploi méthodique des préparations mercurielles améliore son état ou le guérit. (*Ulcères vénériens.*)

142. *Indications.* Combattre l'affection vénérienne qui entretient cet ulcère, et les complications qui peuvent retarder sa cicatrisation.

143. Chez un individu qui fait usage de préparations de mercure, on aperçoit sur les bords de la langue ou à la face interne des joues, vers les angles de la mâchoire, des ulcérations superficielles, larges, irrégulières, ayant peu de tendance à s'étendre après leur développement primitif ; leur surface est blanchâtre, comme couverte de lait ; leurs bords ne sont point tuméfiés ni entourés d'une couleur rouge intense. Ces ulcérations ont été précédées et sont accompagnées de gonflement de la membrane muqueuse buccale, de salivation abondante, et de la production d'une odeur fétide *suî generis* : la cessation du traitement mercuriel les fait disparaître ou arrête leurs progrès. (*Ulcères mercuriels.*)

144. *Indications, moyens.* Suspendre l'emploi du mercure ; faire cesser l'irritation locale au moyen de lotions adoucissantes et de boissons délayantes, rafraîchissantes.

145. Une ulcération coïncide avec les phénomènes ordinaires de la diathèse scrophuleuse, tels que l'engorgement des ganglions lymphatiques, le gonflement et autres maladies des articulations, la mollesse et la blancheur de la peau, la tuméfaction des ailes du

nez et de la lèvre supérieure. Cette ulcération a un fond blafard, des bords mollasses, minces, décollés; le pus qu'elle fournit est séreux et contient de petits flocons blanchâtres, albumineux. (*Ulcère scrophuleux.*)

146. *Indications, moyens.* Employer le traitement indiqué contre les scrophules. Si la cicatrisation est lente ou ne se fait pas, exciter la surface ulcérée par l'application d'une substance irritante ou caustique; si l'ulcération continue à s'agrandir et tend à détruire un organe important, en arrêter les progrès en désorganisant sa surface au moyen de la cautérisation.

147. Une ulcération s'est développée chez un sujet qui offre des symptômes de scorbut, tels que des taches rougeâtres, semblables à des piqûres de puces, ou des ecchymoses occupant particulièrement la peau des extrémités inférieures; la pâleur et la teinte blafarde des tégumens, le ramollissement, le saignement, l'ulcération des gencives, l'ébranlement, la chute et la teinte noire des dents, la fétidité de l'haleine. Cet ulcère a une surface brune, noirâtre, couverte de fongosités volumineuses, saillantes, saignant au moindre contact, et fournissant habituellement une sanie sanguinolente, fétide; ses bords sont irréguliers, déchirés, flottans, et entourés d'une auréole livide assez étendue. (*Ulcères scorbutiques.*)

148. *Indications, moyens.* Modifier la constitution du malade par les moyens conseillés pour le traitement du scorbut. Arrêter les progrès de l'ulcère et favoriser la cicatrisation par des applications stimulantes.

GANGRÈNE PAR INFLAMMATION.

149. *Signes diagnostiques.* Une partie qui naguère etait le siége de symptômes inflammatoires très-intenses, n'offre plus ni chaleur, ni rougeur, ni sensibilité, ni mouvement. La tuméfaction a disparu, les chairs ont perdu leur solidité habituelle, le doigt y pénètre comme dans une matière pulpeuse; ou bien elles sont desséchées, noires, très-dures; une odeur forte s'en exhale au loin, elle est fétide, *sui generis*, et caractéristique de la *mortification*. La couleur des tissus est changée, et varie suivant leur nature et les circonstances. Elle est blanche (comme dans la nécrose, certaines phlegmasies des membranes muqueuses), grisâtre (dans le poumon), jaunâtre, verdâtre, noire (dans la peau, le tissu cellulaire, etc.).

150. *Indications, moyens.* Empêcher les progrès de la désorganisation, prévenir son influence fâcheuse sur l'économie, remédier à ses effets. Les moyens sont locaux ou généraux. Les premiers consistent dans l'application de substances toniques aromatiques, excitantes, sur la partie désorganisée, s'il n'existe autour d'elle aucun symptôme inflammatoire; ou dans l'emploi de topiques émolliens, si une inflammation vive occupe les parties voisines. Les moyens généraux varient aussi suivant l'état du malade, et l'on emploie les médicamens amers, spiritueux, si l'excitation générale est peu marquée; au contraire on a recours à la saignée

aux boissons délayantes, s'il y a excès d'excitation.

Si la gangrène s'étend profondément, s'opposer à ses progrès ultérieurs en détruisant les parties saines les plus voisines au moyen de la cautérisation seule ou favorisée par des scarrifications profondes (comme dans le charbon, la pustule maligne), ou bien enlever en totalité le siége de la maladie, en amputant au-delà de ses limites, dans le cas où elle s'étend à toute l'épaisseur d'un membre, et lorsque la ligne de démarcation qui sépare les parties vivantes des parties mortes est bien tracée.

MALADIES DE LA TÊTE.

CRANE (*).

Écoulement insolite	De pus. (*Voyez* Tableau des *Maladies communes.*
	De sang. (*Voyez* *id.* *id.*

(*) Cette région comprend toutes les parties situées au dessus d'une ligne circulaire qui, partant du bord supérieur de l'arcade sourcilière, de chaque côté, se dirige obliquement en bas vers la protubérance occipitale externe en passant au dessus de l'orbite, de la fosse zygomatique du conduit auditif et de l'apophyse mastoïde.

Tumeur ou tuméfaction.	Bosses à la tête. 151
	Ecartement des sutures.. 154
	Encéphalocèle. 156
	Epanchement de pus à l'extérieur du crâne. 160, 190
	Fracture des os du crâne.. 168
	Hydrocéphale chronique. 172
	Tumeur fongueuse de la dure-mère. 176
	Voy. *Tumeur*, au tableau des *Maladies communes à la plupart des Régions.*
Altération des fonctions du cerveau (*).	Commotion du cerveau. 194
	Inflammation du cerveau.. 198
	Inflammation des méninges. . . . 202
	Epanchement de sang à l'intérieur du crâne. 164
	Epanchement de pus à l'intérieur du crâne. 160
	Hydrocéphale chronique. 172
	Fracture des os du crâne avec enfoncement. 169
	Tumeur fongueuse de la dure-mère. 176
Douleur.	Contusion des os du crâne. 192
	Inflammation du cerveau. 198
	Inflammation des méninges. . . . 202
	Voy. *Douleur*, au tableau des *Maladies communes.*
Solution de continuité.	Carie des os du crâne.. 180
	Plaie de tête. . . . . 184 à 193
	Fracture des os du crâne. 168
	Voy. *Solution de continuité*, au tableau des *Maladies communes.*

(*) Diminution, perte ou perversion des mouvemens volontaires, de la sensibilité, des facultés intellectuelles; paralysie, mouvemens convulsifs, somnolence, coma, délire.

BOSSE. (*Tumeur par infiltration ou par épanchement de sang sous le cuir chevelu.*)

151. *Signes diagnostiques.* Une tumeur a paru sur un point de la surface du cuir chevelu, immédiatement ou peu après le choc d'un corps contondant sur la tête. Cette tumeur, plus ou moins saillante, plus ou moins étendue, est dure, non élastique et sans fluctuation (1re variété, *Bosse par infiltration*); ou bien elle est molle, fluctuante dès son apparition, mais seulement à sa partie centrale, qui paraît déprimée; ses bords sont durs et élevés. (2e variété, *Bosse par épanchement.*)

152. *Indications, moyens.* Dans la première variété, favoriser la résorption du sang infiltré au moyen de la compression, d'applications froides, résolutives. Dans la seconde, exciter aussi la résorption; mais si au bout d'un certain temps elle ne se fait pas, donner issue au sang épanché, surtout lorsque des signes d'inflammation profonde se manifestent.

153. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Abcès phlegmoneux, 1; — Fongus hématode, 63; — Loupes, 74; — Fracture des os du crâne, 168, 3°.

ÉCARTEMENT DES SUTURES.

154. *Signes diagnostiques.* Chez un jeune sujet, par suite de percussion sur la tête, on sent au-dessous des

tégumens, et sur le trajet d'une des sutures du crâne, des petites saillies irrégulières placées sur deux rangs parallèles, et circonscrivant une dépression allongée; ou bien, chez un enfant qui présente des symptômes d'hydrocéphale (172), dans le point qu'occupe une suture, on trouve une tumeur oblongue, fluctuante, ordinairement accompagnée de symptômes de compression (ce qui annonce en même temps la présence d'un liquide épanché entre le cerveau et les membranes.)

155. *Indications.* Il n'y a d'autre indication à remplir que de donner issue au liquide épanché en incisant la tumeur, et d'attendre la réunion des deux bords osseux; mais cette incision ne devra être faite que dans les cas suivans: quand cet écartement est le résultat d'une violence extérieure; quand on peut croire à l'existence d'un épanchement sanguin (164) : enfin lorsqu'on est certain que la tumeur n'est point un phénomène d'hydrocéphale.

ENCÉPHALOCÈLE.

156. *Signes diagnostiques.* Chez un enfant qui n'a pas encore atteint l'âge de sept ans, et dans les endroits du crâne où l'ossification est tardive, comme aux fontanelles, aux sutures, ou bien chez un adulte, par suite de destruction d'une partie de la voûte du crâne, est survenue une tumeur dont le volume n'a pas augmenté depuis qu'elle a paru, n'offrant ni douleur

ni aucun changement d'état de la peau, étant circonscrite, molle, point fluctuante, agitée de mouvemens d'élévation et d'abaissement isochrônes à ceux du pouls, diminuant ou disparaissant par la pression, qui donne lieu, aussitôt et pendant tout le temps qu'elle dure, à des symptômes de compression cérébrale, quel que soit le sens dans lequel on l'exerce; et augmentant au contraire pendant la toux, l'éternuement, les cris du malade; enfin, laissant distinguer au toucher le contour de l'ouverture du crâne qui lui a donné passage.

157. *Caractères anatomiques.* La substance du cerveau ou du cervelet, suivant le lieu qu'occupait la tumeur, fait saillie à travers une suture écartée, une fontanelle ou une ouverture accidentelle par perte de substance d'un point de la voûte du crâne. Les méninges lui servent d'enveloppe, ou seulement les tégumens, celles-ci ayant été détruites.

La dure-mère est ordinairement épaissie, altérée, adhérente à l'arachnoïde, quand l'encéphalocèle est la suite de plaie avec perte de substance des os. Quelquefois on trouve diverses altérations de la pulpe cérébrale, des épanchemens dans le sac qui enveloppe la tumeur.

158. *Indications, moyens.* Ne point chercher à réduire cette tumeur, à moins que ce ne soit que très-lentement, par degrés et à l'aide d'une pression douce, continue, exercée au moyen de plaques ac-

commodées à la forme, à la grosseur de la tumeur, et rendues de moins en moins concaves.

159. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Tumeur fongueuse de la dure-mère, 176. (Voy. *Tumeur*, au Tableau des maladies communes.—Tumeur sanguine du cuir chevelu chez les nouveau-nés.)

ÉPANCHEMENT PURULENT A L'INTÉRIEUR DU CRANE.

160. *Signes diagnostiques.* Une blessure à la tête a été suivie, pendant les premiers jours, d'abattement, de fièvre, de céphalalgie, et d'un sentiment de pression dans cette partie, puis de frissons irréguliers, de perte de connaissance, de délire, de mouvemens convulsifs; du quinzième au vingtième jour il est survenu de la somnolence, de la lenteur dans les mouvemens, remplacés peu-à-peu par un sommeil profond, le coma, la paralysie des membres du côté opposé à la blessure.

161. *Caractères anatomiques.* Dans un point du crâne qui correspond à la plaie, la dure-mère est détachée de la surface interne de l'os, une couche de pus remplit cet espace; ou bien le pus est rassemblé entre les deux feuillets de l'arachnoïde; ou il se trouve dans la substance même du cerveau et superficiellement.

Dans le premier cas, la dure-mère a perdu son éclat et sa couleur rosée ordinaires; elle est terne, gri-

sâtre; le pus est épanché à sa surface sous forme de couche, ou accumule en un foyer qui fait saillie du côté du cerveau; il est visqueux, jaunâtre, ou muqueux et fétide. Dans les deux derniers cas, on trouve des traces d'inflammation de l'arachnoïde et de la pulpe du cerveau.

162. *Indications, moyens.* Faire cesser la compression qu'exerce le pus à la surface du cerveau en donnant issue à ce liquide; ce qui n'est praticable que dans les cas suivans, hors lesquels on doit s'en tenir aux moyens généraux de traitement de l'inflammation de la pulpe cérébrale ou des méninges: 1°. Lorsqu'il existe en même temps plaie des tégumens, solution de continuité avec perte de substance des os du crâne, et lorsque la dure-mère est tendue, saillante, et présente de la fluctuation, ou bien quand le cerveau dénudé paraît mollasse, lisse et fluctuant. On doit, dans ces deux cas, inciser suffisamment soit la dure-mère, soit le cerveau; 2°. lorsque la blessure, n'étant point accompagnée de perte de substance des os, mais seulement de leur fracture et de division des parties molles, les symptômes énoncés plus haut ont eu lieu: lorsqu'en même temps la douleur a eu constamment pour siége l'endroit de la fracture et que l'hémiplégie occupe le côté opposé; lorsqu'enfin, en examinant le fond de la blessure, on voit sortir du pus à travers les fractures de l'os; il faut alors agrandir la plaie, si cela est nécessaire, et perforer le crâne au moyen du trépan

appliqué dans la partie la plus déclive de la solution de continuité.

163. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Epanchement sanguin dans le crâne, 164 ; — Inflammation des méninges, 203.

ÉPANCHEMENT SANGUIN A L'INTÉRIEUR DU CRANE.

164. *Signes diagnostiques.* Une chute a eu lieu sur la tête, ou bien un corps vulnérant a agi sur cette partie : peu d'instans après l'accident, ou au bout de quelques heures, ou même de quelques jours, il est survenu, sans aucun symptôme précurseur, un peu de somnolence, puis de l'assoupissement, qui, augmentant peu à peu, a été suivi d'un coma profond et de la paralysie subite de tout un côté du corps (ordinairement de celui qui est opposé à la blessure).

165. *Caractères anatomiques.* Du sang coagulé est épanché entre le crâne et la dure-mère décollée, ou bien entre les feuillets de l'arachnoïde, ou enfin entre la pie-mère et la surface des circonvolutions cérébrales. Dans le premier et le dernier cas, l'épanchement est dû à la rupture des petits vaisseaux sanguins ; dans le second, il résulte d'une véritable exhalation.

166. *Indications, moyens.* Donner issue au sang épanché, soit par l'incision des parties molles, lorsqu'il y a déjà plaie et fracture, soit en pratiquant l'opération du trépan lorsqu'il n'y a que fracture légère

ou même absence de lesion de l'os, mais au moins division ou contusion des tégumens, et qu'en même temps les phénomènes paralytiques existent seulement du côté opposé.

Lorsque ces circonstances n'existent pas, ne tenter aucune opération et s'en tenir aux moyens qui ont pour but de favoriser l'absorption du sang épanché, et de prévenir ou faire cesser l'inflammation consécutive du cerveau ou de ses membranes.

167. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Epanchement purulent à l'intérieur du crâne, 160; — Commotion du cerveau, 196; — Apoplexie, 204.

FRACTURE DES OS DU CRANE.

168. *Signes diagnostiques.* 1°. Une plaie intéresse les tégumens qui recouvrent le crâne. Au fond de cette plaie on aperçoit une solution de continuité rectiligne à la surface de l'os. Cette division, dont les bords sont très-rapprochés, immobiles, est située plus ou moins loin des sutures, et persiste malgré la rugination de l'os. (*Félure, fente.*)

169. 2°. La vue, le doigt ou la sonde, reconnaissent au fond de la plaie une division des parties osseuses avec écartement plus ou moins grand de ses bords, inégalité de la surface de l'os, présence de fragmens osseux irréguliers et mobiles.

Après une percussion sur la tête, sans plaie extérieure, il existe, dans le point frappé, de l'empâte-

ment, une dépression, une douleur fixe continue ; si l'on exerce une compression légère sur cette partie avec les doigts, on y reconnaît la présence de corps irréguliers, durs, mobiles, qui, dans les mouvemens qu'on leur imprime, produisent un bruit particulier appelé crépitation ; si, sous une pression plus forte, ils cèdent et paraissent s'enfoncer, on voit à l'instant survenir des symptômes de compression du cerveau. (*Fracture avec esquilles.*)

170. *Indications.* Les fractures du crâne n'en présentent aucune par elles-mêmes ; leurs complications seules, comme la compression du cerveau, son inflammation, les épanchemens à sa surface, exigent des soins particuliers. Mais lorsqu'il y a enfoncement des fragmens osseux, pour faire cesser les accidens qu'ils occasionent, dans le cas où la plaie extérieure n'est pas assez large, ou quand les tégumens n'ont éprouvé aucune altération, mettre l'os à nu, relever la portion déprimée, et donner une libre issue au liquide épanché.

171. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Emphysème, 51 ; — Bosse, 151 ; — Ecartement des sutures, 154.

HYDROCÉPHALE CHRONIQUE.

172. *Signes diagnostiques.* (*Hydrocéphale congéniale.*) Un enfant a présenté en naissant une tête volumineuse avec écartement et mobilité des os du crâne ; les intervalles qui séparent ces os sont occupés

par une membrane transparente soulevée et formant une tumeur fluctuante ; en exerçant une compression sur cette tumeur, on donne lieu à un état comateux ou à des convulsions, ou bien on augmente l'intensité de ces phénomènes s'ils existent déjà ; la tête est lourde, sans soutien. L'enfant est plongé dans un assoupissement continuel ; ses mouvemens musculaires sont faibles ou presque nuls ; quelquefois il survient des mouvemens convulsifs.

(*Hydrocéphale acquise.*) *Première période.* Un enfant n'ayant présenté à sa naissance aucun des symptômes énoncés ci-dessus, devient maigre, indifférent, ses sens s'affaiblissent, ses mouvemens sont lents, sa marche chancelante, sa mémoire infidele ; il éprouve, sans cause connue, sans lésion apparente de l'estomac, des vomissemens plus ou moins fréquens. En même temps, ou postérieurement à cet état, surviennent une somnolence habituelle, le strabisme, la dilatation des pupilles, des symptômes cataleptiques momentanés, des vertiges, des pesanteurs de tête, une céphalalgie continue ou intermittente qui arrache des cris aigus au malade.

S'il y a augmentation du volume de la tête, les os de la voûte du crâne sont agrandis, amincis, comme membraneux, et laissent entre eux des intervalles qu'occupe une membrane mince, au-dessous de laquelle on reconnaît facilement la présence d'un liquide. Le front s'élève, s'avance sur les yeux ; ceux-

ci sont portes en bas et cachés en partie par la paupière inférieure; la face paraît rapetissée.

Deuxième période. Les symptômes précédens sont plus marqués, l'affaiblissement des sens augmente ainsi que l'amaigrissement, qui coïncide avec un appétit vorace; la parole est incertaine ou nulle; le petit malade affecte une position particulière qu'il garde presque constamment; quelquefois il y a des mouvemens convulsifs des membres et des globes oculaires, une salivation abondante avec diminution des autres sécrétions; enfin, mutisme absolu, paralysie, excrétion involontaire des fèces et des urines, abolition complète des sens et des facultés intellectuelles, déglutition difficile, affaiblissement et irrégularité du pouls, refroidissement des extrémités et mort.

173. *Caractères anatomiques.* Que les os soient distendus, écartés, amincis, ou qu'ils aient conservé leur état naturel, on trouve dans l'intérieur du crâne une collection de liquide séreux, transparent, incolore ou jaunâtre. Cette collection a son siége dans la grande cavité de l'arachnoïde à la surface du cerveau; alors cet organe a diminué de volume, est comprimé sur lui-même et refoulé vers la base du crâne; ou bien, l'épanchement occupe les ventricules, et, dans ce cas, selon la quantité du liquide épanché, tantôt les parois de ces cavités sont encore épaisses, la substance cérébrale qui les forme n'est point altérée, seulement ses circonvolutions sont plus ou moins

affaissées; tantôt la dilatation des ventricules étant excessive, le crâne ne renferme qu'une vaste poche remplie de sérosité, contenant ou non des masses hydatiques. Le cerveau est réduit à une couche pulpeuse membraniforme, adhérente à l'arachnoïde et formant ainsi la face profonde des parois de cette nouvelle cavité.

174. *Indications, moyens.* Faire cesser la compression produite par l'épanchement séreux, en excitant, en favorisant la résorption du liquide au moyen de substances propres à augmenter les sécrétions ou à produire une dérivation, et à l'aide d'une compression méthodique soutenue; ne point tenter de donner issue à la sérosité par la ponction.

175. *Maladies qu'on pourrait confondre.* Infiltration séreuse des tégumens du crâne (Voy. *Œdème*, 82); — Arachnitis aiguë ou chronique; — Hydrocéphale aiguë; — Encéphalite; — Vers dans le tube intestinal.)

TUMEUR FONGUEUSE DE LA DURE-MÈRE.

176. Sur un point du crâne on a pu sentir, en y appuyant les doigts à une certaine époque, une crépitation semblable à celle que produit le parchemin desséché. Dans ce même point s'est développée, très-lentement, avec ou sans douleur, accompagnée ou non de phénomènes paralytiques ou épileptiques, une tumeur circonscrite, sans changement d'état de la peau, d'une consistance médiocre, offrant à sa

surface des points résistans, comme squirrheux, d'autres plus mous, fluctuans. Cette tumeur présente des mouvemens alternatifs de soulèvement et d'abaissement isochrônes à ceux du pouls : elle ne peut être déplacée parallèlement à la surface du crâne ; mais en la pressant perpendiculairement, on parvient à la réduire, et l'on fait cesser les douleurs qu'elle occasionait ; il en résulte aussitôt des symptômes de compression du cerveau, comme la somnolence, l'assoupissement, la paralysie. Après sa réduction, on sent les bords de l'ouverture hérissés de saillies irrégulières.

177. *Caractères anatomiques.* Cette tumeur est circonscrite, irrégulière, enkystée ou non, et pédiculée dans sa partie qui répond à l'ouverture qui lui a donné passage. Elle est formée d'un tissu fibreux traversé par un grand nombre de vaisseaux sanguins très-développés, ou contenant du sang épanché ; en même temps elle présente divers points ramollis, dégénérés. Le contour de l'ouverture faite au crâne, plus large du côté interne qu'à l'extérieur, et taillée, par conséquent, en bizeau, offre des bords irréguliers, garnis d'aspérités, dont quelques-unes pénètrent dans la tumeur, ou de bourrelets inégaux fournis par la substance spongieuse de l'os.

178. *Indications, moyens.* Extirper ce fongus en l'attaquant à sa base au moyen de l'instrument tranchant. Agrandir préalablement l'ouverture du crâne de manière à cerner exactement la tumeur.

179. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Abcès, 1; — Anévrisme, 20; — Loupe, 74; — Encéphalocèle, 156; — Fongus hématode, 63.

CARIE DES OS DU CRANE.

180. *Signes diagnostiques*. A la suite de contusion ou toute autre violence extérieure, ou par l'effet d'une cause interne (syphills, scrophules), il est survenu à la tête une tumeur, offrant les caractères de la périostose (94), et qui, après s'être enflammée, puis ouverte, a été suivie des signes généraux de la carie. (Voy. 108.) (*Carie de la table externe.*)

181. Une douleur fixe, profonde, s'est fait sentir pendant long-temps dans une partie du crâne, sans autre phénomène apparent à l'extérieur. Cette douleur s'est ensuite accompagnée de symptômes de compression cérébrale (160); enfin, dans le lieu où la douleur avait son siége, il s'est développé une tumeur peu douloureuse, peu étendue, et présentant de la fluctuation dès son apparition. Cette tumeur s'est abcédée et a disparu. A la place qu'elle occupait on reconnaît une perforation de la voûte du crâne, à bords minces, irréguliers, taillés obliquement aux dépens de la table interne; il s'en écoule une quantité de pus plus considérable que ne semblerait le comporter l'étendue de l'ulcération, et qu'on n'augmente pas en pressant les parties environnantes. (*Carie de la table interne.*) (Voy. *Carie*, 108.)

182. *Caractères anatomiques.* — *Indications* (Voy. 109, 110.)

183. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Abcès, 1 ; — Nécrose, 102 ; — Fistules, 112 ; — Exostose, 59.

PLAIE DE TÊTE.

184. Un corps vulnérant a divisé les parties molles de la tête, aucun accident primitif ou consécutif ne se déclare. (*Plaie simple*, 118.)

185. Un corps dur, pesant, peu ou point coupant, a frappé la tête avec violence, les tégumens sont meurtris, déchirés. (*Plaie contuse.*)

186. Une portion des tissus déchirés est détachée et pend sur les parties voisines. (*Plaie contuse à lambeaux.*)

Il existe un corps étranger dans la plaie. (*Plaie contuse compliquée de corps étrangers.*)

187. *Indications.* Si la plaie est simple, réunir les parties divisées, prévenir ou combattre les accidens qui peuvent survenir. S'il y a un corps étranger, en faire l'extraction avant de réunir les bords de la plaie. S'il existe un lambeau, le remettre et le maintenir en place, quand bien même il contiendrait soit une portion du péricrâne, soit un fragment osseux. Si sa partie adhérente est inférieure et plus large que son extrémité libre, empêcher l'accumulation du sang ou du pus, au-dessous d'elle, en exerçant une compression modérée, ou en y pratiquant une ouverture si cela devient nécessaire.

188. Une plaie à la tête est devenue douloureuse, ses bords se sont tuméfiés; il est survenu du malaise, de la fièvre; les tégumens voisins sont élevés, rouges, présentent un empâtement qui conserve l'impression du doigt; une douleur brûlante, pongitive, enfin les symptômes ordinaires de l'érysipèle phlegmoneux (55), paraissent, s'étendent plus ou moins loin aux parties environnantes, et sont accompagnés de phénomènes d'irritation des premières voies ou de l'encéphale. (*Plaie compliquée d'érysipèle phlegmoneux.*)

189. *Indications, moyens.* (Voy. *Érysipèle.*)

190. Une percussion sur la tête ayant eu lieu, la partie contuse s'est tuméfiée, est devenue sensible au toucher sans être très-douloureuse; le gonflement qu'elle présente est très-borné. Si l'on incise les tégumens, on trouve le péricrâne détaché de l'os, soulevé par un liquide ichoreux, grisâtre, et offrant lui-même une couleur noirâtre; en même temps l'os est plus pâle qu'à l'ordinaire. (Il peut y avoir des symptômes de compression dépendant d'un épanchement semblable à la face interne du crâne, 160.) (*Épanchement purulent à l'extérieur du crâne.*)

191. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Abcès phlegmoneux, 1; — Abcès froid, 8; — Loupe, 74; — Exostose, 59; — Périostose, 94.

192. Une plaie à la tête a été compliquée de dénudation et de contusion de l'os; cependant elle a fourni pendant les premiers jours du pus de bonne nature : la réunion de ses bords a paru se faire comme

dans une plaie simple. Au bout de quelque temps il est survenu de la céphalalgie, de la fièvre; la plaie est pâle, livide; le pus qu'elle fournit n'est plus qu'une sanie ichoreuse. Si l'on peut apercevoir l'os, on le trouve terne, jaunâtre ou brunâtre, n'étant plus adhérant au périoste, ni aux parties molles voisines, qui sont saignantes, d'un rouge livide et baignées de pus; enfin, il présente les signes ordinaires de la carie (108, 180, 181) ou de la nécrose (102). (*Plaie compliquée de contusion des os du crâne.*)

193. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Fistule cutanée, 112; — Abcès, 1, 8.

COMMOTION DU CERVEAU.

194. *Signes diagnostiques.* Un corps étranger ayant agi avec beaucoup de force sur la tête, ou bien une secousse violente ayant été produite dans cet organe par une chute sur les genoux, sur les fesses, sur les pieds, etc., quelques-uns des phénomènes suivans, ou tous ensemble, ont existé : sur-le-champ, le malade a éprouvé des étourdissemens, des vertiges, des nausées des vomissemens; il est tombé sans connaissance; ses membres sont paralysés; les urines, les excrémens s'écoulent involontairement; du sang s'échappe par le nez, les oreilles, les yeux; le pouls est lent, faible; le corps se refroidit; la mort survient; ou bien, peu à peu ces symptômes ont disparu, et le malade est revenu à la santé.

195. *Caractères anatomiques.* Lorsqu'il y a eu seulement commotion, on ne trouve autre chose, disent les auteurs, qu'un vide manifeste entre la surface du cerveau et les parois du crâne; l'encéphale paraît comme comprimé sur lui-même.

196. *Indications, moyens.* Prévenir par des saignées copieuses et réitérées, et par l'emploi des laxatifs, les accidens consécutifs, comme l'inflammation du foie, du cerveau ou des méninges; faire cesser la stupeur, au moyen de stimulans appliqués à la peau ou employés à l'intérieur.

197. *Maladies qu'on pourrait confondre*: Epanchement sanguin, 164; — Epanchement de pus, 160; — Apoplexie, 204. — Souvent la commotion, l'épanchement sanguin, l'épanchement purulent, l'inflammation du cerveau ou des méninges, se compliquent mutuellement, et de telle sorte, qu'il est souvent bien difficile de les distinguer *a priori*. Ainsi, l'épanchement sanguin peut arriver en même temps que les effets de la commotion ont lieu; l'inflammation du cerveau, celle des méninges, peuvent apparaître soit isolément, soit ensemble, immédiatement après les phénomènes de la commotion et conjointement avec ceux de l'épanchement de sang: enfin, des symptômes inflammatoires peuvent encore exister lorsque ceux de l'épanchement purulent viennent à se développer. Mais, en tenant compte des signes caractéristiques de ces différens états, on pourra reconnaître leur complication mutuelle.

INFLAMMATION DU CERVEAU. (*Suite de blessure à la tête.*)

198. *Signes diagnostiques.* Quelques jours après une blessure faite à la tête (du dixième au douzième, ordinairement), des signes de commotion ayant eu lieu ou non, il survient une douleur de tête, locale d'abord, puis générale, qui force le malade à porter souvent la main du côté affecté : à cette douleur se joignent des nausées, des vomissemens, des vertiges, un abattement moral et physique; le pouls s'élève, devient fréquent, dur; le sommeil est agité. Bientôt après apparaissent des contractions, soit continues, soit intermittentes, des muscles de tout un côté du corps, ou seulement d'une de ses régions. L'intelligence est affaiblie; les yeux sont rouges, brillans; les pupilles très-sensibles à la lumière. Quelquefois la pupille qui répond au côté des muscles en contraction ou en convulsion est resserrée; la paupière du même côté est abaissée par contraction de l'orbiculaire; la commissure des lèvres est tirée en dehors, la tête est penchée du même côté.

Ces accidens ayant eu lieu, on remarque les suivans : les muscles qui naguère étaient contractés ou en convulsion, sont paralysés : ainsi, la paupière reste baissée, mais à cause de la paralysie du muscle orbiculaire; la commissure, qui était tirée en dehors, devient pendante; la tête est attirée du côté opposé à celui vers lequel elle était penchée; la pupille se

dilate; la sensibilité est obtuse ou éteinte dans ces diverses parties. En même temps on remarque souvent des symptômes d'inflammation des méninges, d'épanchement, d'irritation gastro-intestinale.

199. *Caractères anatomiques.* La substance du cerveau présente, dans les points enflammés, selon le degré de la maladie, les caractères suivans :

Les deux substances, la *grise* surtout, sont roses ou d'un rouge peu intense, et injectées; leur densité est moindre que dans l'état naturel. La section n'en fait point couler, ainsi que dans la congestion cérébrale, des gouttelettes de sang, qui reparaissent à mesure qu'on les enlève. (1er *degré.*)

La pulpe cérébrale est très-rouge, très-injectée, très-ramollie; elle paraît infiltrée de sang, et a acquis une couleur qui varie entre l'amaranthe et la teinte lie de vin. (2e *degré.*)

La substance du cerveau présente une couleur rouge, peu foncée; on n'y trouve point de sang infiltré, mais un liquide séro-purulent : cette substance est molle, grisâtre, d'un blanc sale ou verdâtre; on y rencontre çà et là des collections de pus bien lié, blanc, plus ou moins abondant.

200. *Indications, moyens.* Combattre cette inflammation par les moyens ordinaires, comme les saignées locales et générales très-abondantes dès le début, les laxatifs, les excitans appliqués sur la peau.

201. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Inflammation des méninges, 202; — Apoplexie, 204.

INFLAMMATION DES MÉNINGES.

202. *Signes diagnostiques.* A la suite d'une blessure à la tête est survenue une céphalalgie violente, accompagnée de vomissemens, de fièvre : les yeux, injectés, sont devenus très-sensibles à la lumière; la parole est brève, tremblotante; les mouvemens sont très-fréquens, brusques, mais volontaires : un délire plus ou moins violent s'est emparé du malade; à ce délire a succédé un état semblable à l'ivresse; le facies a pris un caractère d'hébêtude; les pupilles sont dilatées; l'exercice des facultés intellectuelles est moins libre, ou même suspendu; la sensibilité générale est obtuse. Les membres présentent de la rigidité ou la paralysie; mais ce dernier état a été précédé de quelques-uns des symptômes précédemment exposés.

202 *bis. Caractères anatomiques.* L'arachnoïde paraît, dans certains endroits, plus dense, plus épaisse que dans l'état sain; elle offre une couleur laiteuse et en même temps moins de transparence. La pie-mère est injectée. Le tissu cellulaire qui unit ces deux membranes est infiltré de sérosité, ce qui quelquefois leur donne un aspect opalin ou même gélatineux. On trouve à la surface libre de l'arachnoïde une couche de pus, ou de fausses membranes. Cette surface est rugueuse, granulée, présente des plaques fibreuses ou fibro-cartilagineuses. Quelquefois ces membranes sont détruites dans certains points. En même temps

il existe ordinairement des épanchemens séreux, séro-sanguinolens, ou séro-purulens, dans les ventricules.

Si la dure-mère a participé à l'inflammation de l'arachnoïde, elle présente aussi de la rougeur, du pus étendu à sa surface, et quand l'inflammation est ancienne, quelques points cartilagineux ou osseux.

203. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Inflammation du cerveau, 198.

APOPLEXIE (*).

204. *Signes diagnostiques.* Paralysie subite du sentiment et du mouvement avec résolution des muscles sans symptômes précurseurs, portant ordinairement sur un seul côté du corps, et s'accompagnant, lorsque l'épanchement est considérable, de perte complète de l'intelligence, d'un coma profond avec stertor, de dureté du pouls, sans fréquence. Lorsque l'apoplexie est légère, les facultés intellectuelles sont libres ou peu lésées; mais la parole est embarrassée, la pointe de la langue est dirigée du côté non paralysé, la bouche est déviée; la commissure qui répond au côté des membres sains est tirée en dehors, tandis que l'autre est abaissée et immobile.

205. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Epanchement à la surface du cerveau, 164; — Commotion du cerveau, 194; — Inflammation du cerveau, 198.

(*) Voyez, pour plus de détail, le *Manuel de Clinique médicale* de M. Martinet.

MALADIES DE LA FACE.

RÉGION OCULAIRE.

Maladies des Organes protecteurs de l'OEil.

Solution de continuité.	Plaies des sourcils.	206
	Fistule lacrymale.	213
	Ulcération de la marge des paupières.	230
	Voy. tableau des *Maladies communes.*	
Tumeur ou tuméfaction.	Orgéolet.	224
	Grêle.	222
	Tumeur enkystée des paupières.	226
	Verrue des paupières.	228
	Encanthis.	218
	Tumeur lacrymale.	210
	Œdème des paupières.	220
	Voy. tableau des *Maladies communes.*	
Lésion du mouvement des paupières.	Clignotement.	232
	Prolapsus de la paupière supérieure.	236
	Adhérence du bord libre des paupières.	216
	Contraction permanente des paupières.	234

Maladies du Globe de l'Œil.

Parties profondes de l'œil.	Opacité profonde sans tumeur.	Ophthalmie interne.	291
		Hypopion.	289
		Glaucôme.	287
		Ecchymose interne.	285
		Cataracte.	280
		Abcès de l'iris.	291
	Altération de la vision sans lésion apparente du globe de l'œil.	Imaginations.	296
		Amaurose.	293
		Héméralopie.	301
		Nyctalopie.	305
		Dyplopie essentielle.	298
		Myopie.	303
		Presbytie.	307
	Disposition vicieuse de l'iris. .	Imperforation de l'iris. . . .	312
		Mydriase.	315
		Décollement de l'iris. . . .	311
		Contraction permanente de l'iris.	309
	Altération de volume, ou déplacement du globe de l'œil.	Hydrophthalmie.	321
		Atrophie du globe de l'œil. .	317
		Exophthalmie.	328
		Cancer du globe de l'œil. . .	324
	Vice de direction du globe de l'œil.	Strabisme.	332

PLAIE DU SOURCIL.

206. Un corps vulnérant a divisé les parties molles du sourcil; la plaie ne présente aucun accident. (*Plaie simple*, 118.)

La plaie est située près de l'extrémité interne du sourcil; il est survenu de la céphalalgie, une diminution progressive ou perte de la vue. (*Plaie compliquée de la lésion du nerf frontal.*)

La plaie est accompagnée de vertiges, d'étourdissemens, de délire, de convulsions. (Voy. *Épanchement sanguin à l'intérieur du crâne*, 164; — *Commotion du cerveau*, 194; — *Inflammation du cerveau*, 198; — *Inflammation des méninges*, 202.) (*Plaie compliquée de lésion cérébrale.*)

207. *Indications*, *moyens*. (Voy. *Plaies*, 118, 166, 196, 200, 204.)

EPIPHORA PAR OBSTRUCTION DES CONDUITS LACRYMAUX.

208. *Signes diagnostiques*. Les larmes remplissent habituellement l'œil, elles coulent sur la joue: si l'on pousse une injection dans les points lacrymaux, le liquide injecté ne passe point ou passe difficilement dans la narine. Il n'y a point de renversement des paupières (238), ni de tumeur au voisinage du sac lacrymal; mais il y a eu précédemment des coryzas fréquens ou une ophthalmie chronique.

209. *Indications, moyens.* — Détruire la cause de l'inflammation chronique de la muqueuse des voies lacrymales; combattre cette inflammation, qui coïncide presque toujours avec celle du bord des paupières, au moyen de topiques résolutifs, d'exutoires au col, de purgatifs. Si cela ne suffit pas, faciliter le cours des larmes dans les conduits lacrymaux en désobstruant ou dilatant ceux-ci, soit à l'aide d'injections, soit par l'emploi de la sonde d'Anel; ou bien établir une voie artificielle aux larmes. (Voy. *Fistule lacrymale*, 213.)

TUMEUR LACRYMALE.

210. *Signes diagnostiques.* Au-dessous du grand angle de l'œil il s'est formé lentement une tumeur oblongue, molle, circonscrite, sans changement d'état de la peau : aussitôt qu'elle a commencé à paraître, un larmoiement habituel s'est manifesté; la narine de ce côté paraît au malade moins humide que l'autre. Tous les matins la tumeur est plus grosse que dans les autres momens de la journée; en la comprimant on la fait disparaître, et à mesure qu'elle diminue on voit s'échapper, par les points lacrymaux, une matière ou claire et visqueuse, ou trouble et épaisse, puriforme : le larmoiement cesse alors pour quelque temps, mais il revient dès que la tumeur a reparu. Si l'on cherche à faire passer dans la narine un liquide injecté par les points lacrymaux, on ne peut y parvenir.

Après avoir présenté ces caractères pendant un certain temps, cette tumeur est devenue douloureuse, la peau qui la recouvre s'est enflammée; enfin, tous les symptômes du phlegmon se sont développés, l'abcès s'est ouvert, du pus mêlé de larmes s'en écoule.

210 *bis. Caractères anatomiques.* Le sac lacrymal est dilaté; on trouve ses parois épaissies, engorgées ou tuberculeuses; sa surface interne présente des traces d'une inflammation chronique, se propageant plus ou moins loin dans le canal nasal, qu'on trouve obstrué, soit à son point de communication avec le sac lacrymal, soit dans une autre partie de son trajet.

211. *Indications, moyens.* Rétablir le cours des larmes. (Voy. *Fistule lacrymale.*)

212. *Maladies qu'on pourrait confondre :* phlegmon, loupe, abcès extérieur. Dans ces cas, la tumeur n'a pas été précédée du larmoiement.

FISTULE LACRYMALE.

213. *Signes diagnostiques.* A la suite d'une tumeur lacrymale abcédée (Voy. 210), il existe au grand angle de l'œil ou aux environs une petite ulcération qui donne, sans cesse, passage à un liquide muqueux, puriforme, irritant; la peau qui l'entoure est gonflée, rouge, molle; la narine du même côté est habituellement sèche ou moins humide que l'autre.

214. *Indications, moyens.* 1°. Détruire la cause de l'occlusion du canal nasal; 2°. combattre l'irritation

locale; 3°. rétablir surtout le cours des larmes, soit en désobstruant les voies lacrymales par l'introduction momentanée d'un stylet ou d'une sonde, ou par l'injection d'un liquide, selon la méthode d'Anel; soit en dilatant et maintenant dilatés les conduits naturels, en y plaçant à demeure un corps étranger, selon les procédés de Petit, de Méjean, de Pouteau, de Dessault, de Scarpa, ou du professeur Dupuytren; soit enfin en ouvrant une route artificielle aux larmes à travers l'os unguis, d'après les procédés de Woolhouse, de Hunter ou de Scarpa.

215. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Fistule cutanée (112); fistule par carie des os voisins de l'orbite. (Voy. *Carie*, 108.)

ADHÉRENCE DES PAUPIÈRES.

216. A la suite de plaies, d'ulcération, ou par vice de conformation, les paupières ne peuvent être écartées; leurs bords libres adhèrent entre eux en partie ou en totalité.

217. *Indications.* Séparer les deux paupières au moyen d'une incision faite dans le lieu de leur réunion; prévenir leur adhérence nouvelle en les maintenant écartées pendant quelque temps, ou en plaçant entre les bords de la division un corps mou, non irritant.

ENCANTHIS.

218. *Signes diagnostiques.* Au grand angle de l'œil, dans le lieu qu'occupe la caroncule lacrymale, est une tumeur rougeâtre, fongueuse, mollasse, indolente, ou bien offrant les caractères extérieurs du cancer (38), et produisant alors des douleurs très-vives, lancinantes.

219. *Indications, moyens.* Extirper cette tumeur, soit au moyen de la ligature, si elle est pédiculée, soit avec l'instrument tranchant, si sa base est large, puis en détruire les vestiges par l'application du cautère actuel.

ŒDÈME.

220. *Signes diagnostiques.* Les paupières ont augmenté de volume et ne peuvent être écartées; elles sont peu ou point rouges, molles, indolentes et comme demi-transparentes.

221. *Indications, moyens.* Si ce gonflement est le résultat de l'application d'un bandage trop serré sur la face, ou d'une autre maladie de cette région, détruire ces causes; puis favoriser l'absorption de la lymphe épanchée, ainsi que dans les cas où l'œdème est idiopathique, au moyen de substances toniques, résolutives, ou d'un exutoire placé dans le voisinage, à la nuque, par exemple, et par l'emploi des purgatifs ou des diurétiques, etc.

GRAIN DE GRÊLE.

222. *Signes diagnostiques.* Petite tumeur blanche, mobile, dure, demi-transparente et ressemblant à un grain de grêle, placée entre les cils et en dehors du bord de la paupière, à la surface de la peau.

223. *Indications, moyens.* Ouvrir cette tumeur et en faire sortir la matière sébacée qu'elle renferme; ou bien l'extirper en totalité, afin de prévenir son retour.

ORGÉOLET.

224. *Signes diagnostiques.* Sur le bord d'une des paupières (de la supérieure ordinairement) est une petite tumeur inflammatoire, d'un rouge brun, présentant tous les caractères du furoncle. (Voy. 67.)

225. *Indications, moyens.* Dès que la tumeur commence à paraître, en opérer la résolution à l'aide de topiques résolutifs; si elle a acquis son développement, combattre l'irritation locale par l'emploi des antiphlogistiques locaux et généraux.

TUMEUR ENKYSTÉE.

226. *Signes diagnostiques.* Dans l'épaisseur de la paupière (ordinairement au-dessous du cartilage tarse) est une tumeur circonscrite, rénitente, élas-

tique, indolente, sans changement d'état de la peau, sous laquelle on peut facilement la faire glisser.

227. *Indications, moyens.* Si la tumeur est peu volumineuse et peu ancienne, tenter sa résolution par des applications légèrement excitantes; dans le cas contraire, et si ces moyens n'ont pas réussi, l'enlever en totalité par la dissection, après avoir incisé la peau ou la conjonctive, selon qu'elle s'est développée en avant ou en arrière du cartilage tarse.

VERRUE.

228. *Signes diagnostiques.* Petite tumeur indolente, molle, non rénitente, demi-transparente, suivant tous les mouvemens de glissement qu'on imprime à la peau de la paupière à la surface de laquelle elle s'est développée.

229. *Indications, moyens.* Extirper cette tumeur à l'aide de l'instrument tranchant ou de la ligature.

ULCÉRATIONS DE LA MARGE DES PAUPIÈRES.

230. *Signes diagnostiques.* Le bord libre des paupières est gonflé, rouge, douloureux; il s'en écoule une humeur puriforme, visqueuse, blanche, jaunâtre. On y observe des points ulcérés, qui, examinés à la loupe, offrent l'aspect d'un vésicatoire. Les cils tombent; le bord des paupières est comme frangé. En même temps on remarque chez le malade des

symptômes dartreux, vénériens ou scrophuleux, ou bien une éruption variolique.

231. *Indications, moyens.* Faire cesser, par l'emploi des antiphlogistiques locaux et généraux, l'irritation qui accompagne ces ulcérations et qui les a produites; combattre par des moyens appropriés la disposition générale qui les entretient.

CLIGNOTEMENT.

232. *Signes diagnostiques.* Les paupières sont agitées de mouvemens comme convulsifs, accompagnés d'anxiété locale pénible et de trouble plus ou moins grand de la vision.

233. *Indications, moyens.* Chercher et détruire la cause à laquelle on peut attribuer le clignotement; opposer à celui-ci les opiacés, les antispasmodiques. Si ces moyens sont insuffisans, pratiquer la section soit de la branche frontale de l'ophthalmique de Willis, en incisant la paupière supérieure immédiatement au-dessus du rebord orbitaire, soit de la branche orbitaire du maxillaire supérieur; ou mieux, disséquer et enlever une portion de ces nerfs.

CONTRACTION PERMANENTE DES PAUPIÈRES.

234. *Signes diagnostiques.* Les paupières sont très-rapprochées; on éprouve à les ouvrir une résistance insurmontable. Si l'on parvient cependant à les

écarter, elles se rapprochent avec force dès qu'on les abandonne.

235. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Adhérence du bord libre des paupières, 216 ; — Prolapsus de la paupière supérieure, 236.

PROLAPSUS DE LA PAUPIÈRE SUPÉRIEURE.

236. *Signes diagnostiques.* La paupière supérieure est dans un état d'abaissement permanent ; on peut très-facilement la soulever, mais elle redescend de son propre poids en glissant lentement au-devant de l'œil.

237. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Contraction permanente des paupières, 234 ; — Adhérence du bord libre des paupières, 216.

ECTROPION.

238. *Signes diagnostiques.* Par l'effet de l'âge ou d'ophthalmies chroniques, à la suite de plaies ou de brûlures, le bord libre de la paupière inférieure (rarement la supérieure, ou toutes deux à-la-fois) est renversé en dehors et se présente sous l'aspect d'un bourrelet rougeâtre, offrant ou non des signes d'inflammation, des excroissances charnues. Un larmoiement continuel accompagne ce renversement.

239. *Indications, moyens.* Faire cesser la cause qui

a produit ou qui entretient cette direction vicieuse de la paupière. S'il y a ophthalmie chronique, lui opposer les moyens usités contre elle; s'il existe des fongosités et que le renversement soit peu considérable, cautériser les parties avec le nitrate d'argent. Si l'ectropion résulte de la formation de brides à la suite de brûlure, exciser une portion de la conjonctive pour diminuer l'étendue de la face interne de la paupière, afin que le bord libre de celle-ci se relève par le simple rapprochement des bords de l'excision.

ENTROPION.

240. *Signes diagnostiques.* A la suite d'ophthalmie chronique, de gonflement œdémateux des paupières ou d'ulcération de la conjonctive palpébrale, le bord entier d'une des paupières (ordinairement l'inférieure) est renversé du côté du globe de l'œil et a entraîné les cils : les conjonctives sont enflammées; des douleurs vives sont produites par les mouvemens des paupières.

241. *Indications, moyens.* Ramener le bord de la paupière en dehors et le maintenir dans cette position. Si le renversement est considérable, s'il y a eu antérieurement perte de substance de la conjonctive palpébrale, diminuer l'étendue de la peau de la paupière par la resection et favoriser la réunion des bords de la plaie; combattre en même temps l'ophthalmie.

TRICHIASIS.

242. *Signes diagnostiques.* Il existe une ophthalmie rebelle, une douleur vive, habituelle, dans l'œil, augmentée par les mouvemens des paupières. En examinant le bord de l'une de ces dernières, on s'aperçoit que les cils sont renversés vers le globe de l'œil, bien que le bord lui-même de la paupière ait sa direction ordinaire, ou bien une rangée de cils accidentels occupe le bord interne de la marge de la paupière. (*Distichiasis.*)

243. *Indications, moyens.* Changer la direction des cils, les enlever ou les détruire, faire cesser l'inflammation. On remplit la première indication en employant le même moyen que dans l'entropion, c'est-à-dire en renversant et maintenant renversé le bord de la paupière en dehors par l'excision d'une portion de la peau de cet organe.

OPHTHALMIE EXTERNE.

244. *Signes diagnostiques.* Le blanc de l'œil est injecté, offre une couleur rouge vive; l'œil est le siége d'une chaleur, d'un picotement incommodes, d'un écoulement de larmes plus ou moins abondant survenant par accès. L'impression de la lumière est difficilement supportée. Les mouvemens de l'œil et de la paupière occasionent de la douleur ou une sensation

particulière qui fait croire à la présence d'un peu de sable fin à la surface des conjonctives. Tous les matins les paupières sont agglutinées et chassieuses. (*Ophthalmie légère ou taraxis.*)

245. *Indications, moyens.* Soustraire le malade à la cause interne ou externe qui a produit et qui entretient l'irritation de la conjonctive, combattre cette irritation par l'emploi d'un traitement anti-phlogistique général et local approprié au degré de la maladie.

246. Les symptômes de l'ophthalmie légère ont existé; leur intensité s'est accrue; la douleur, la rougeur, le gonflement de la conjonctive sont très-marqués; la plus faible lumière est insupportable. Des douleurs vives, lancinantes, se font sentir dans l'œil, dans les paupières et jusqu'aux ramifications du nerf frontal; un liquide séreux, séro-muqueux, puriforme, brûlant, s'écoule abondamment sur les joues, qu'il enflamme : le malade éprouve en même temps de l'insomnie, une violente céphalalgie, de la fièvre. (*Ophthalmie très-intense.*)

Les symptômes précédens sont accompagnés du gonflement de la conjonctive, qui présente une tumeur sanguine, molle, très-saillante, formant autour de la cornée un bourrelet qui fait paraître celle-ci comme enfoncée. (*Chémosis.*)

247. *Indications, moyens.* Faire cesser l'inflammation de la conjonctive par l'emploi des antiphlogistiques locaux et généraux les plus actifs et des dériva-

tifs ; soustraire l'œil à l'action de la lumière et de l'air. Si ces moyens n'ont aucun effet, rechercher si l'ophthalmie dépend de cause interne; dans ce cas, combattre celle-ci.

Si le bourrelet circulaire persiste, opérer le dégorgement de ses vaisseaux en le scarifiant, ou même faire l'excision d'une partie de la membrane tuméfiée.

248. Depuis un certain temps, par l'habitude de fixer des objets très-petits ou des corps lumineux, par l'effet d'un séjour habituel dans des lieux humides, d'émanations irritantes agissant sur l'œil, de la présence d'un corps étranger à la surface de cet organe, par suite du renversement des paupières ou des cils, de l'existence d'affections scrophuleuse, dartreuse, vénérienne ou scorbutique, l'œil est habituellement le siége d'une douleur peu vive qu'augmentent toutes les causes qui peuvent fatiguer la vue. Le bord libre des paupières est un peu tuméfié, rouge ; cette rougeur s'étend plus ou moins à leur face interne : l'œil peut cependant supporter la lumière pendant quelques instans ; la sécrétion des larmes est un peu augmentée. (*Ophthalmie chronique.*)

249. *Indications, moyens.* Si l'ophthalmie chronique est entretenue par une cause interne ou externe, employer contre cette cause les moyens appropriés à sa nature. Si l'ophthalmie paraît idiopathique, exciter légèrement les parties, changer leur mode de vitalité, à l'aide de topiques toniques, astringens, détersifs.

ABCÈS DE LA CORNÉE.

250. *Signes diagnostiques.* A la suite de plaie, de contusion de l'œil, ou pendant l'accroissement d'une ophthalmie intense, ou spontanément, la cornée présente un point blanc entouré d'un nuage; ce point est devenu successivement plus opaque, plus large; il s'étend en forme de tache blanche, immobile, quelle que soit la position que prenne le malade, ou bien il fait une petite saillie circonscrite à la surface de la cornée : s'il s'ouvre, ou si on en fait l'ouverture, il en sort un liquide purulent.

251. *Indications.* Combattre l'irritation locale qu'accompagne et dont résulte l'abcès; attendre la résorption du pus.

CHÉMOSIS.

252. (Voy. *Ophthalmie*, 246.)

EXCROISSANCES FONGUEUSES DE L'ŒIL.

253. *Signes diagnostiques.* Une ou plusieurs tumeurs existent sur la cornée ou la sclérotique; elles sont plus ou moins volumineuses, flasques, irrégulières, pédiculées ou à base large, de couleur grise ou rougeâtre, indolentes. Quelquefois ces tumeurs fournissent du sang; elles ne suppurent point, n'ont pas de tendance à se reproduire après leur abla-

tion, et ne sont point exaspérées par des cautérisations partielles et réitérées. (Voy. *Cancer.*)

254. *Indications.* Faire l'extraction de ces tumeurs au moyen de l'instrument tranchant ; si elles sont très-petites et peu nombreuses, les détruire par la cautérisation.

ŒDÈME DE LA CONJONCTIVE.

255. *Signes diagnostiques.* A la surface de l'œil est un gonflement plus ou moins étendu, peu marqué, incolore, unciforme ; ce gonflement occupe la conjonctive, qui paraît transparente.

256. *Indications.* Lorsque cette affection est simple et n'est point développée sous l'influence d'une autre maladie, comme une violente ophthalmie, attendre sa disparition ; ou bien faire écouler le liquide séreux épanché sous la conjonctive, en ouvrant cette membrane avec des ciseaux.

PTÉRYGION OU ONGLET.

257. *Signes diagnostiques.* Sur la sclérotique (ordinairement au grand angle de l'œil) est une excroissance membraneuse rougeâtre, affectant une figure triangulaire, comparée à celle d'une aile d'oiseau ou d'un fer de lance ; sa pointe est dirigée vers le centre de la cornée, sa base regarde un des angles de l'œil ou tout autre point de la circonférence du segment

antérieur du globe oculaire. Cette portion de conjonctive ainsi épaissie est mollasse, comme macérée, ou d'une consistance égale à celle du cartilage ou du parchemin; on peut facilement la soulever avec des pinces.

258. *Indications, moyens.* Enlever ou détruire cette fausse membrane. On l'enlève au moyen d'un coup de ciseaux donné dans le sens de son étendue en longueur, après l'avoir soulevée préalablement avec une pince à sa partie moyenne et l'avoir ainsi décollée en partie. On la détruit lentement par des cautérisations légères, et faites à de longs intervalles, avec le nitrate d'argent.

STAPHYLOME DE LA CORNÉE.

259. *Signes diagnostiques.* A la surface de la cornée existe une protubérance uniforme ou irrégulière, assez semblable, dans le premier cas, à la moitie d'un grain de raisin; dans le second, à plusieurs petits grains du même fruit. Cette tumeur est diaphane, s'il n'y a qu'un amincissement de la cornée, et ne peut être vue alors que de côté; ou bien elle est opaque, d'un blanc perlé, parsemée de taches bleuâtres, si la cornée est altérée; ou bien, enfin, elle est bleue, verte, rouge, si l'iris y a pénétré et s'est enflammée. Il existe en même temps des symptômes d'ophthalmie, un trouble plus ou moins grand de la vision, ou même la perte de cette fonction.

260. *Indications, moyens.* Faire cesser les douleurs

et l'irritation, détruire cette difformité. Si la tumeur est peu volumineuse et n'apporte que peu ou point de trouble dans la vision, abandonner la maladie à elle-même; dans les cas contraires, prévenir l'augmentation de volume de la protubérance, et, par suite, l'hydrophthalmie, en déterminant l'atrophie de l'œil par l'évacuation de ses humeurs et une compression graduée, méthodique, sur cet organe.

STAPHYLOME DE LA SCLÉROTIQUE.

261. Sur un point de la sclérotique est une tumeur à base large, arrondie, ayant une couleur noirâtre, pouvant simuler assez bien une seconde cornée.

262. *Indications, moyens.* (Voy. 260.)

VARICES DE LA CONJONCTIVE.

263. *Signes diagnostiques.* A la suite d'ophthalmie, la conjonctive oculaire présente à sa surface des ramifications vasculaires très-marquées, sans douleur, sans cuisson, et dont la rougeur disparaît momentanément par la pression.

264. *Indications, moyens.* Exciter la constriction, le rétrécissement des vaisseaux dilatés, au moyen d'applications de substances toniques astringentes. Dans le cas où la maladie est avancée, où ces moyens n'ont aucun effet, exciser les varices.

ALBUGO OU TAIE.

265. *Signes diagnostiques.* Tache dans l'épaisseur de la cornée, d'un blanc mat, comme crayeuse ou nacrée, surtout à son centre, et dont les bords sont irréguliers, moins opaques que le reste, mais se distinguant encore de la cornée par leur couleur : elle ne forme aucune saillie à l'extérieur de l'œil et nuit plus ou moins complètement à la vision, selon son étendue et son siége.

266. *Indications.* Si la maladie est récente, peu étendue, attendre la résorption qui doit se faire, et s'opposer en même temps au développement de l'ophthalmie qui l'accompagne assez ordinairement. Si l'affection est ancienne et sans ophthalmie, exciter l'absorption du liquide blanc accumulé qui forme la tache, au moyen de collyres secs un peu irritans.

ECCHYMOSE EXTERNE.

267. Il a paru subitement, dans un point de la conjonctive oculaire, une tache rouge, uniforme, qui bientôt a présenté une teinte jaune d'abord à sa circonférence, puis successivement à toute son étendue. Il n'existe en même temps aucune douleur ni aucune gêne.

268. *Indications.* Ce phénomène, dans son état de simplicité, disparaît de lui-même, et n'exige par conséquent aucun moyen thérapeutique.

LEUCOMA OU CICATRICE DE LA CORNÉE.

269. *Signes diagnostiques.* A la suite d'abcès, d'ulcération ou de blessure de la cornée, il s'est formé sur cette membrane une dépression offrant l'aspect d'une tache ou opacité d'un blanc luisant, incapable d'être détruite par aucun moyen.

270. *Maladies qu'on pourrait confondre:* Albugo, 265; — Nuage de la cornée, 271.

NUAGE DE LA CORNÉE.

271. *Signes diagnostiques.* Sur la cornée est une tache non saillante, superficielle, indolente, demi-transparente, surtout à ses bords, qui se confondent insensiblement avec les parties voisines. Cette tache est irrégulière et permet de voir encore la couleur de l'iris dans certains endroits moins épais, reconnaissables à une teinte bleuâtre. La vue est légèrement obscurcie.

272. *Indications.* (Voy. 265.)

FISTULE DE LA CORNÉE.

273. *Signes diagnostiques.* La cornée présente une petite ulcération à bords plats ou relevés, versant continuellement et par gouttes un liquide séreux limpide, ou bien se cicatrisant momentanément,

puis s'ouvrant de nouveau au bout de quelque temps pour donner issue à l'humeur aqueuse qui s'est régenerée. La cornée paraît affaissée. Si l'on presse légèrement l'œil, les paupières étant abaissées, on le sent ployer sous le doigt. La pupille est un peu allongée ; on remarque quelques plis sur la cornée et la sclérotique. Cette fistule a été précédée d'abcès ou d'ulcération (250), ou de perte de substance de cette membrane par cause extérieure.

274. *Indications.* Si l'ulcération qui a précédé la fistule dépend d'une cause interne, commencer par combattre celle-ci; s'il existe des symptômes d'ophthalmie, prévenir leur plus grand développement, les faire disparaître. Si la fistule s'est fermée, éviter tout ce qui peut la faire r'ouvrir, comme l'application de substances irritantes, les coups, la pression.

ULCÉRATION DE LA CORNÉE.

275. *Signes diagnostiques.* Un abcès de la cornée étant devenu très-douloureux et s'étant ouvert (250); par l'effet d'une cautérisation ou de l'action d'un corps vulnérant, une perte de substance a eu lieu sur un point de la cornée.

276. Cette perte de substance est à peine visible et ne s'aperçoit bien distinctement que quand on examine l'œil de côté : son fond a conservé la couleur de la cornée; ses bords sont nets. (*Ulcération superficielle.*)

277. La perte de substance est profonde ; ses bords sont relevés, irréguliers ; son fond est grisâtre, brunâtre, il s'en exhale un liquide séro-purulent ; ou bien il est recouvert d'un enduit blanchâtre ou de fougosités. Il s'y est développé une chaleur brûlante ; les parties environnantes sont enflammées. (*Ulcération profonde.*)

278. *Indications.* Faire cesser l'irritation locale qui entretient cette ulcération, par les moyens employés contre l'ophthalmie ; détruire la cause interne s'il en existe une.

279. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Fistule de la cornée, 273 ; — Abcès de la cornée, 250.

CATARACTE.

280. *Signes diagnostiques.* Au centre de la pupille, derrière elle et profondément, on aperçoit, au lieu d'une couleur noire, uniforme, brillante, une tache jaunâtre, blanchâtre, grise, verdâtre, d'un noir mat, plus ou moins uniforme, ou striée. La vue est troublée ou presque nulle ; cependant le malade distingue la lumière de l'obscurité. La pupille est généralement un peu dilatée ; mais elle se resserre au grand jour, et alors la vue est plus trouble ou nulle ; elle se dilate dans l'obscurité, ou par l'emploi de l'extrait de belladone ; aussitôt la vue s'exerce mieux, et l'observateur peut apercevoir le point opaque dans une plus grande étendue.

Avant que rien n'ait apparu dans l'œil, le malade a éprouvé la sensation de corps légers voltigeant dans l'air, mais fixes relativement à l'axe optique, et conservant toujours les mêmes rapports avec l'objet considéré : ensuite, il a vu les objets comme situés derrière un nuage ou une couche de poussière. A cette époque on a pu remarquer une altération de couleur au fond de l'œil, d'abord légère et bornée, puis de plus en plus intense et étendue. La vue a baissé lentement et progressivement ; à une certaine époque, les objets placés de côté étaient visibles, tandis que ceux qui étaient situés directement en face de l'œil ne pouvaient être distingués.

281. *Caractères anatomiques.* Le cristallin a perdu sa transparence : il offre une couleur blanche mate, grise, verte, jaunâtre, brune ou noirâtre. Sa partie moyenne est plus dense et plus opaque que sa circonférence, qui paraît même ramollie ; il présente, en outre, un des états suivans :

1°. On le trouve à l'état naturel, transparent, blanc ou d'un jaune d'ambre, ou plus dense et opaque et d'un moindre volume, entouré d'un liquide séreux, floconneux, placé entre lui et la membrane cristalline.

2°. Le cristallin a disparu, sa capsule seule existe ; elle forme une poche remplie par une matière blanche, floconneuse. Cette poche, ainsi distendue, fait saillie du côté de l'iris, qu'elle déplace en de-

vant et avec laquelle elle a contracté ou non des adhérences.

3°. La membrane cristalline est dense, opaque, et le cristallin a conservé son aspect ordinaire, ou bien présente une des altérations indiquées ci-dessus.

4°. Cette membrane est ossifiée, soit dans une grande partie de sa surface, et forme ainsi une calotte osseuse au-devant du cristallin, soit dans plusieurs points isolés, plus ou moins nombreux et étendus.

282. *Indications, moyens.* Détruire l'obstacle apporté à la vision en extrayant le cristallin devenu corps étranger, ou bien en le déplaçant, en le broyant dans le lieu qu'il occupe, afin d'en déterminer l'absorption. On ne doit avoir recours à ces opérations que dans les cas suivans : quand la maladie est exempte de toute complication; quand la pupille a conservé sa mobilité ; quand le malade possède encore la faculté de distinguer le jour de l'obscurité ; quand la cataracte est d'un blanc de perle ; enfin, quand l'usage des deux yeux est entièrement perdu.

283. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Albugo, 265 ; — Amaurose, 294 ; — Imaginations, 296.

ABCÈS DE L'IRIS.

284. (Voy. *Ophthalmie interne*, 291.)

ECCHYMOSE INTERNE.

285. *Signes diagnostiques.* Un corps vulnérant a frappé l'œil avec beaucoup de force : aussitôt la vue s'est troublée, suspendue; les humeurs de l'œil ont perdu leur transparence ordinaire; elles paraissent rougeâtres, brunâtres. La vue se rétablit peu à peu. (*Ecchymose simple.*) La vue est tout-à-fait éteinte. (*Confusion des humeurs de l'œil.*) Des douleurs vives se déclarent. (Voy. *Ophthalmie.*)

286. *Indications, moyens.* Si l'ecchymose est simple, prévenir les accidens inflammatoires, favoriser ainsi l'absorption du liquide épanché; si le désordre est considérable, prévenir encore ou combattre l'inflammation; en même temps donner issue au sang épanché et aux humeurs de l'œil au moyen d'une incision pratiquée au bas de la cornée.

GLAUCÔME.

287. *Signes diagnostiques.* La vue est éteinte : à travers la pupille dilatée et d'une forme irrégulière, on aperçoit les parties situées au-delà du cristallin, d'une couleur verte, jaune, grise plombée, blanche jaunâtre. Le globe de l'œil est dur au toucher : il existe en même temps une céphalalgie sus-orbitaire intense. Des vaisseaux variqueux d'un rouge noirâtre paraissent dans la conjonctive et dans la sclérotique.

Le malade a d'abord aperçu plusieurs fois, et à des

intervalles plus ou moins rapprochés, surtout à son réveil, un brouillard qui se répandait autour de lui et sur tous les objets qu'il fixait; la lumière d'une bougie lui paraissait couverte d'un nuage léger bordé par les couleurs de l'arc en ciel. Il a ressenti au pourtour de l'orbite une pesanteur habituelle, et des douleurs qui s'étendaient au front, aux joues, au sommet de la tête, à l'occiput, revenant par crises, étant quelquefois insupportables. La vision s'est troublée de plus en plus, puis elle s'est éteinte.

288. *Indications, moyens.* Dès que le glaucôme a acquis assez de développement pour être reconnu, il est incurable et n'exige aucun traitement particulier: cependant on doit chercher à faire disparaître ou à déplacer l'irritation locale par les moyens ordinaires, et en attaquant la cause interne qui a pu lui donner naissance; il est important, surtout, de s'attacher à prévenir, par les mêmes moyens, son apparition dans l'œil resté sain.

HYPOPION.

289. *Signes diagnostiques.* A la partie la plus déclive de la chambre antérieure, au bas de l'iris, on aperçoit un petit croissant blanchâtre (*onyx*), borné en haut par une ligne horizontale, en bas par un segment de cercle. Cette tache blanchâtre, formée par l'accumulation d'une matière puriforme, change de place suivant la position que prend le malade, et va toujours se fixer à la partie de l'œil qui devient la plus

déclive dans cette position. Il a existé précédemment ou il existe encore des symptômes d'inflammation.

290. *Indications, moyens.* Apaiser, faire disparaître l'inflammation. S'il n'y en a plus, et que l'hypopion reste au même état, si la douleur a tout à fait disparu et que la vue soit gênée, donner issue au liquide purulent épanché dans la chambre antérieure, au moyen d'une incision pratiquée à la partie inférieure de la cornée.

OPHTHALMIE INTERNE.

291. *Signes diagnostiques.* A la suite de symptômes d'ophthalmie externe aiguë, par l'effet d'une violence extérieure ou d'un vice existant dans l'économie, l'œil est devenu très-douloureux, surtout par l'impression de la lumière; ses humeurs sont troublées, la pupille est rétrécie par le gouflement des vaisseaux de l'iris. Le malade aperçoit sur les corps qu'il examine, des taches ou un nuage léger; il les voit plus petits ou déformés. A la surface de l'iris on remarque un point blanchâtre paraissant faire saillie (*abcès de l'iris.*) Il existe en même temps des symptômes inflammatoires locaux et généraux plus ou moins intenses.

292. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Glaucôme, 287; — Cancer du globe de l'œil, 324. — Ecchymose interne, 285; — Amaurose, 293.

AMAUROSE.

295. *Signes diagnostiques.* La faculté de voir est diminuée ou totalement perdue, sans qu'il y ait aucune altération apparente dans les membranes ni dans les humeurs de l'œil (si ce n'est, quelquefois, une coloration grise ou blanchâtre du fond de cet organe).

La pupille est habituellement dilatée, ou resserrée et immobile, quel que soit le degré d'intensité de la lumière, ou bien elle présente des mouvemens alternatifs de contraction et de dilatation, des oscillations régulières.

Si dans l'œil affecté d'amaurose on remarque des mouvemens de l'iris, un instant après, et quoique la lumière soit la même, la pupille reprend les dimensions qu'elle avait auparavant.

Si l'amaurose est double, les yeux ouverts sont dans un état de stupeur, d'immobilité, devant les objets.

La cécité est survenue brusquement sans symptômes précurseurs, ou bien elle a été précédée d'une céphalalgie opiniâtre, de douleur dans les yeux, d'un léger obscurcissement de la vue, d'illusions optiques consistant dans la sensation de taches nébuleuses, de points gris brunâtres, noirs, de bluettes brillantes, de cercles blancs ou lumineux placés au devant de tous les objets et dans la direction de l'axe visuel. Tantôt elle s'est annoncée par les phénomènes suivans :

les corps paraissaient plus petits, plus éloignés qu'ils ne l'étaient en réalité et colorés différemment; les lignes droites semblaient inclinées, onduleuses; les objets n'étaient vus qu'à moitié, etc.

294. *Indications, moyens.* Rechercher la cause, la détruire ainsi que les complications qui ont pu survenir. Si, cependant, l'amaurose persiste, combattre la paralysie de la rétine par l'emploi des stimulans locaux ou généraux, des dérivatifs agissant sur la peau plus ou moins loin du siége de la maladie, ou sur le tube intestinal.

295. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Imaginations, 296; — Cataracte, 280.

IMAGINATIONS OU NUAGES VOLTIGEANS.

296. *Signes diagnostiques.* Le malade aperçoit dans l'air ou sur les objets très-éclairés, des nuages, un brouillard plus ou moins épais, des petits corps ressemblant à des filamens, à des petits duvets de coton, à des globules, à de petites portions de gomme dissoute. Ces corpuscules paraissent agités d'un mouvement presque continuel : ils semblent monter quand on dirige les yeux vers un objet élevé et très-éclairé; ils descendent si l'on regarde fixement et pendant quelques instans, puis se dissipent; mais aussitôt que l'œil vient à changer de position, ils reparaissent avec leurs mouvemens irréguliers. Ils sont peu apparens dans un lieu mal éclairé, ils le sont

beaucoup en plein air et lorsqu'on regarde des corps blancs exposés à une vive lumière.

297. *Indications, moyens.* Cette affection, pouvant tenir à une lésion du cerveau ou de différentes parties de l'œil, n'exige par elle-même aucun traitement : c'est à détruire sa cause, ses complications, qu'on doit s'attacher.

DIPLOPIE ESSENTIELLE.

298. *Signes diagnostiques.* Le malade aperçoit tous les objets doubles ou plusieurs fois répétés, au point d'être obligé de toucher l'objet qu'il regarde afin de le distinguer de la fausse image qui se présente en même temps. Il n'y a point strabisme, et les yeux n'offrent aucune altération visible.

299. *Indications, moyens.* Cette maladie disparaissant ordinairement d'elle-même, ne réclame aucun moyen particulier.

300. *Maladie qu'on pourrait confondre* : Strabisme, 332.

HÉMÉRALOPIE.

301. *Signes diagnostiques.* La vue est plus ou moins complètement perdue tant que le soleil est sous l'horizon; elle s'éclaircit graduellement à mesure que le soleil s'élève. Au milieu du jour elle est parfaite. Mais dès que l'obscurité paraît, elle diminue, jusqu'à rendre l'œil insensible a une lumière artificielle ou à la clarté de la lune. Les yeux ne présentent d'ailleurs aucune altération; mais il existe en même temps des

pesanteurs, des douleurs de tête, surtout vers le soir. Cette maladie est survenue progressivement, ou bien le malade a tout-à-coup cessé de voir pendant le crépuscule ou dans le cours d'une nuit.

302. *Indications.* L'héméralopie n'en présente aucune. Elle dure rarement plusieurs mois; il suffit d'éloigner la cause qui l'a pu produire, et de prévenir ainsi l'amaurose, dont elle est quelquefois l'avant-coureur.

MYOPIE.

303. *Signes diagnostiques.* La vision ne s'opère parfaitement que quand les objets fixés par le malade ne sont éloignés de l'œil que de cinq à six pouces au plus. Au-delà de cette distance, elle est confuse. L'usage des verres concaves rend la vue plus nette et plus étendue. La pupille est un peu dilatée, les paupières sont habituellement clignotantes et rapprochées; les lumières paraissent de loin en loin entourées d'une flamme circulaire et non conique; le globe de l'œil est ordinairement saillant.

304. *Indications, moyens.* Remédier à la trop grande réfraction des rayons lumineux dans l'œil par l'usage de verres concaves, dont la courbure doit être proportionnée au degré de myopie.

NYCTALOPIE ESSENTIELLE.

305. *Signes diagnostiques.* La lumière du jour la

plus faible produit sur les yeux le même effet que celle qui résulte ordinairement de l'action du soleil quand on le fixe. Le malade ne peut distinguer aucun objet sans que les larmes coulent abondamment, sans éprouver de l'anxiété, une vive céphalalgie, qui l'obligent aussitôt à rapprocher fortement les paupières. A mesure que le jour baisse, ces symptômes diminuent d'intensité; quand la nuit est venue, la vue s'exerce facilement, même à une lumière artificielle, sans douleur, sans larmoiement. Au retour du soleil la cécité revient. Cette affection a été apportée en naissant ou bien a été déterminée par l'impression subite d'une vive lumière, après un séjour prolongé dans les ténèbres; les yeux paraissent sains.

306. *Indications, moyens.* Détruire l'excès de sensibilité de la rétine, en évitant tout ce qui peut fatiguer la vue et par l'emploi méthodique des adoucissans, des délayans, d'un régime doux, des calmans et des stupéfians locaux. Si elle est due à une habitation dans un lieu obscur, faire passer, par degrés, le malade, de l'obscurité à la lumière.

PRESBYTIE.

307. La vue s'étend fort loin; de très-petits corps peuvent être aperçus à la distance de trois pieds, tandis qu'ils ne peuvent l'être à cinq ou six pouces. Les pupilles sont ordinairement petites, l'œil est peu saillant. Les verres convexes facilitent la vision,

en permettant de distinguer les petits objets peu éloignés de l'œil.

308. *Indications, moyens.* Augmenter la convergence des rayons lumineux dans l'œil, au moyen de lunettes à verres convexes, appropriés à l'intensité de la maladie.

CONTRACTION PERMANENTE DE L'IRIS.

309. *Signes diagnostiques.* La pupille est habituellement rétrécie, même dans l'obscurité. Il existe en même temps faiblesse ou perte plus ou moins complète de la vue.

310. *Indications, moyens.* Rendre à la pupille son diamètre ordinaire, en détruisant la cause interne ou l'inflammation locale qui a pu donner lieu à son rétrécissement, ou bien par l'application de l'extrait de belladone sur l'œil.

Si l'affection persiste malgré l'emploi de ces moyens, établir une pupille artificielle en incisant l'iris.

DÉCOLLEMENT DE L'IRIS.

311. *Signes diagnostiques.* A la suite de lésion de l'œil par cause externe (ordinairement dans l'opération de la cataracte), une portion de l'iris est détachée; l'œil semble avoir deux pupilles, l'une centrale, conservant sa forme et sa mobilité ordinaires; l'autre,

irrégulière et mobile, seulement dans sa partie formée par l'iris. La vision est peu dérangée.

IMPERFORATION DE L'IRIS, OU SYNIZESIS CONGENITA.

312. *Signes diagnostiques.* L'individu est aveugle de naissance, il distingue cependant la lumière des ténèbres. On n'aperçoit pas au centre de ses yeux le point noir qui forme la prunelle.

313. *Indications, moyens.* Etablir une pupille artificielle, afin de permettre aux rayons lumineux de pénétrer jusqu'au fond de l'œil.

DILATATION IDIOPATHIQUE DE LA PUPILLE, OU MYDRIASE.

314. *Signes diagnostiques.* La pupille est dilatée et immobile dans tous les instans, quelle que soit l'intensité de la lumière : elle a conservé sa couleur noire; la vue n'est pas confuse, les objets paraissent plus petits, plus éloignés, l'œil supporte difficilement le grand jour.

Ordinairement, cette affection résulte d'un coup sur l'œil, de la sortie subite du cristallin dans l'opération de la cataracte par extraction, n'occupe qu'un seul œil, ne se transmet pas à l'autre et diminue de jour en jour.

315. *Maladie qu'on pourrait confondre* : Amaurose, 293.

316. *Indications, moyens.* Lorsque le mydriase n'est

point symptomatique, ce qui est rare, il n'y a d'autre indication à remplir que de remédier au grand élargissement de la pupille, en écartant les rayons lumineux excedens au moyen d'un garde-vue, de lunettes, d'un carton noir percé à son centre et garni ou non de tuyaux dont la base correspond à l'œil et le sommet à l'ouverture, et qui interdisent tout passage à la lumière, excepté par le petit trou central.

ATROPHIE DU GLOBE DE L'ŒIL.

317. *Signes diagnostiques.* A la suite d'hydrophthalmie, d'ophthalmie, de blessure de l'œil, la vue est éteinte, le globe oculaire est rapetissé, comme plissé et n'offre plus de rénitence; l'iris déformé, ridé, rétréci, a perdu sa couleur naturelle, le cristallin est opaque.

318. *Indications, moyens.* Masquer la difformité qui résulte du défaut de l'œil au moyen d'un œil d'émail.

IRITIS.

319. *Signes diagnostiques.* L'iris a perdu sa couleur, son luisant ordinaires; son bord pupillaire forme un bourrelet plus ou moins saillant, dirigé vers la face antérieure du cristallin; la pupille est inégale, très-resserrée. La lumière, ainsi que la plus légère pression, déterminent dans l'œil une sensation pénible, insup-

portable. Le malade éprouve continuellement des douleurs vives et profondes dans l'orbite, au-dessus des sourcils, à l'intérieur du crâne.

Ces symptômes ayant eu lieu, la surface antérieure de l'iris s'est recouverte de taches grisâtres auxquelles ont succédé de véritables ulcérations versant une matière puriforme et formant des pupilles artificielles qui se contractent ou se dilatent plus ou moins; alors le malade ne voit plus, ou bien voit confusément les objets.

320. *Indications, moyens.* S'opposer, dès le commencement, aux progrès de l'inflammation, à l'aide d'évacuations sanguines locales et générales, et autres moyens antiphlogistiques; déterminer la plus grande dilatation possible de la pupille par l'emploi de l'extrait de belladone à la surface de l'œil, afin que si l'iris doit contracter des adhérences avec le cristallin, il reste une ouverture suffisante pour que la lumière puisse pénétrer jusqu'au fond de l'œil.

HYDROPHTHALMIE ESSENTIELLE.

321. *Signes diagnostiques.* La cornée entière offre une saillie considérable; la sclérotique est distendue, amincie dans sa partie antérieure; l'œil est proéminent, très-dur, et ne peut plus être recouvert par les paupières. La cornée est opaque; l'iris est repoussé en avant ou en arrière; son ouverture est rétrécie ou dilatée. La vue est troublée ou perdue : il existe en

même temps de la douleur dans l'orbite et des symptômes d'ophthalmie (244).

322. *Indications, moyens.* Combattre l'inflammation qui a donné lieu à l'hydrophthalmie, par les moyens usités. Si l'œil est très-difforme, douloureux et privé de la faculté de voir, donner issue lentement au liquide épanché dans l'œil, en excisant une portion de la cornée.

323. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Exophthalmie, 328; —Hydrophthalmie produite par le cancer de l'œil.

CANCER DE L'ŒIL.

324. *Signes diagnostiques.* Le globe de l'œil est le siége de douleurs vives, lancinantes, très-fréquentes, quelquefois insupportables; il fait saillie sous les paupières qu'il écarte; sa surface est inégale, recouverte de fongosités très-saillantes, d'une teinte rouge noirâtre, fournissant une sanie purulente et fétide, ou même du sang, et se détachant par lambeaux; la vue est éteinte de ce côté.

Avant ces phénomènes ont paru ceux de l'ophthalmie chronique, précédés eux-mêmes de céphalalgie, de prurit, d'un sentiment de pesanteur dans l'œil, qui peu à peu est devenu inhabile à supporter la lumière. Les douleurs, d'abord peu fortes, fugaces, sont devenues vives, fréquentes; l'œil s'est tuméfié inégalement, a acquis plus de dureté; il a perdu son éclat et sa transparence naturelles, s'est couvert de

bosselures, et a présenté une couleur rougeâtre, livide, verdâtre, jaunâtre; la sclérotique, amincie, s'est ulcérée et a donné passage à des fongosités sanguinolentes et purulentes qui ont acquis successivement plus de volume et une couleur livide noirâtre.

325. *Caractères anatomiques.* Quand le globe de l'œil est entièrement cancéreux, on y reconnaît à peine quelques traces d'organisation : il se présente alors sous la forme d'une masse de tissu encéphaloïde soit à l'état de crudité, soit à celui de ramollissement, offrant une couleur rougeâtre foncée, et mêlé ou non à du tissu squirrheux. Quelquefois on trouve au centre du globe oculaire une tumeur formée de même tissu, accompagnée, suivant son étendue et son ancienneté, d'une altération plus ou moins profonde des humeurs et des membranes.

326. *Indications, moyens.* Si le cancer est le produit d'une cause accidentelle, est survenu chez un jeune sujet, ne s'étend point aux parties voisines de l'œil, faire l'extirpation de l'organe qu'il occupe, au moyen de l'instrument tranchant; s'il présente des circonstances opposées, avoir recours au traitement palliatif conseillé pour la plupart des affections cancéreuses.

327. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Excroissances fongueuses, 253; — hydrophthalmie, 321; — Ophthalmie très-intense, 245.

EXOPHTHALMIE.

328. *Signes diagnostiques.* Le globe de l'œil fait une saillie considérable entre les deux paupières, qu'il a distendues outre mesure et dont il n'est recouvert qu'imparfaitement ; il est le siége de symptômes d'ophthalmie ; mais la cornée, l'iris, la pupille, ont conservé leur aspect ordinaire. Ce déplacement de l'œil s'est effectué graduellement et sans phénomènes précurseurs, ou bien a été accompagné de douleurs dans l'orbite et de céphalalgie, suivant la nature de la tumeur, qui a chassé le globe oculaire de sa cavité.

329. *Caractères anatomiques.* On trouve dans un point de l'orbite une tumeur dont le développement a produit l'expulsion de l'œil, qui d'ailleurs est sain : cette tumeur est un fongus de la dure-mère, un polype des fosses nasales ou du sinus maxillaire, un engorgement du tissu cellulaire du fond de l'orbite, une infiltration de sang de ce tissu, une tumeur stéatomateuse ou cancéreuse, une exostose.

330. *Indications, moyens.* Rechercher la cause de l'exophthalmie et la détruire par l'emploi de moyens appropriés à sa nature.

331. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Hydrophthalmie, 321.

STRABISME.

332. *Signes diagnostiques.* L'individu affecté de strabisme ne peut diriger vers un même point ses deux yeux à-la-fois : lorsqu'il considère un objet, un de ses yeux se porte vers cet objet, l'autre s'en éloigne ; ordinairement, dans l'œil qui présente cette disposition, la vision s'exerce moins parfaitement que dans l'autre.

333. *Indications, moyens.* Rendre à l'œil plus faible, ou au muscle paralysé, la force nécessaire pour que les deux axes optiques soient désormais en concordance, en obligeant l'œil à se diriger vers les objets à considérer ; ce qu'on fait en condamnant au repos pendant quelque temps l'œil sain, ou bien en plaçant devant l'œil malade un carton percé d'un petit trou, du côté opposé à celui vers lequel l'œil est habituellement entraîné.

RÉGION NASALE.

- **Nez.**
  - Altération de forme.
    - Fracture des os du nez. . . . 334
    - Polype dans les fosses nasales. 344
    - Tumeurs diverses. (Voy. *Maladies communes.*)
  - Tumeur, ou tuméfaction.
    - Excroissances vénériennes.. . 337
    - Polype.. 344
    - Tumeurs diverses (Voy. *Maladies communes*).
  - Solution de Continuité. .
    - Plaies du nez. 336
    - Ulcères (Voy. 132 *à* 147).
    - Fracture des os du nez.. . . . 334
- **Fosses nasales.**
  - Écoulement insolite. .
    - de pus. .
      - Ulcérat. simple de la membrane pituitaire. 343
      - Ulcère dartreux. . . 352
      - — cancéreux. . . . 354
      - — vénérien.. . . . 355
      - Polype dans les fosses nasales. . . . 344
      - Abcès du sinus ouvert dans le nez. 357
      - Carie des os. (Voy. *Carie*, 108.)
    - de sang.
      - Ulcère cancéreux. . 354
      - Polype. 344
      - Tumeur cancéreus. 342
  - Tumeur, ou tuméfaction.
    - Tumeur cancéreuse. 342
    - Polype.. 344
    - Epaississement de la pituitaire. 340
  - Affaiblissem. ou perte de l'odorat..
    - Ozène. 360
    - Polype. 344
    - Epaississement de la pituitaire. 340
    - Tumeur cancéreuse. 342

FRACTURE COMMINUTIVE DES OS DU NEZ.

334. *Signes diagnostiques.* Un corps dur a frappé le nez ; la portion supérieure de cet organe est déprimée, cède à la pression qui y détermine une légère crépitation. Une sonde introduite dans les narines sent, près de la racine du nez, des fragmens osseux, qu'elle peut facilement repousser vers les tégumens ; il y a ou non division des parties molles ; il ne survient aucun phénomène remarquable (*Fracture simple*). Des douleurs de tête, du coma, du délire, des convulsions, se sont manifestes (*Fracture compliquée de lésion cérébrale*) (Voy. 160, 164, 194, 198, 202). Le larmoiement et autres symptômes de fistule lacrymale ont lieu (*Fracture avec lésion du canal nasal*). (Voy. 213.)

335. *Indications, moyens.* Relever les fragmens osseux qui font saillie dans les fosses nasales ; les maintenir en place et favoriser leur réunion, en introduisant dans les narines une canule garnie de linge ou de charpie ; combattre les accidens dès qu'ils apparaissent et aussitôt après la réduction.

PLAIES DU NEZ.

336. Un instrument vulnérant a divisé les parties molles du nez. La plaie est simple (voy. 48), ou bien elle est compliquée de fracture des os du nez (334),

de perte de substance, d'hémorrhagie, de symptômes d'affection cérébrale (160 à 202).

336 (*bis.*) *Indications*, *moyens*. Réunir les bords de la division, favoriser leur cicatrisation, prévenir l'occlusion consécutive des fosses nasales ou des narines. Si le nez, presque entièrement détaché, tient cependant par un lambeau, quelle que soit la ténuité de ce dernier, rapprocher et maintenir rapprochées les surfaces de la plaie. S'il y a perte de substance complète, masquer la difformité qui en résulte, remédier à la sécheresse habituelle de la membrane muqueuse, à l'altération de l'odorat et faciliter la prononciation, en remplaçant le nez détruit, soit par l'établissement d'un organe nouveau au moyen de l'opération de la rhinoplastie, soit par l'emploi d'un nez artificiel.

EXCROISSANCES VÉNÉRIENNES.

337. *Signes diagnostiques*. Chez un individu qui présente des symptômes d'affection vénérienne, il existe, à l'intérieur des narines, des excroissances à base large, offrant peu de saillie, assez dures, d'une couleur grisâtre, ayant une surface inégale, comme mamelonée et n'étant le siége d'aucun suintement.

338. *Indications*, *moyens*. Combattre la cause, à l'aide d'un traitement antisyphilitique; faire disparaître ces tumeurs au moyen de la pommade mercu-

rielle, ou bien en les cautérisant avec le nitrate d'argent.

ULCÈRE VÉNÉRIEN.

339. *Signes diagnostiques.* Sur les ailes du nez ou à sa pointe, existe une ulcération qui intéresse la peau, le tissu cellulaire, les cartilages, et qui tend sans cesse à s'accroître : sa surface fournit un liquide ténu et fétide ; ses bords sont frangés, coupés perpendiculairement, et entourés d'une zône rouge, érysipélateuse. L'individu qui en est atteint présente ou a présenté des symptômes d'affection vénérienne constitutionnelle. Enfin, cette ulcération résiste à toute espèce de traitement autre que le traitement anti-vénérien, s'exaspère sous leur influence, mais cède à l'emploi du mercure.

339 (*bis.*) *Indications, moyens.* Favoriser la cicatrisation, 1°. en détruisant la cause au moyen d'un traitement anti-vénérien ; 2°. en combattant l'irritation locale, si elle est vive, par des applications émollientes ; 3°. ou bien en modifiant la sensibilité de la surface ulcérée par l'emploi de topiques mercuriels.

ÉPAISSISSEMENT DE LA MEMBRANE PITUITAIRE.

340. *Signes diagnostiques.* Le passage de l'air dans les fosses nasales est gêné. Dans l'une d'elles ou dans toutes deux, on aperçoit une tumeur molle, à base

large, peu mobile, sans altération de couleur de la muqueuse ; en même temps se présentent des symptômes d'affection vénérienne, dartreuse ou scrophuleuse.

341. *Indications, moyens.* Chercher à connaître la cause interne de cet épaississement et la combattre par les moyens appropriés à sa nature.

TUMEUR CANCÉREUSE.

342. *Signes diagnostiques.* Dans l'intérieur du nez est une tumeur peu élevée, à base large, à surface rougeâtre, granulée, douloureuse et saignante. (Voy. *Ulcère cancéreux*, 354.)

ULCÉRATION DE LA MEMBRANE PITUITAIRE PAR CAUSE EXTERNE.

343. *Signes diagnostiques.* Le malade éprouve dans le nez un prurit importun, qui l'oblige à y porter continuellement les doigts. Le point où cette sensation désagréable a lieu est habituellement recouvert d'une croûte souvent arrachée et sans cesse renaissante ; cette croûte, après sa chute, laisse apercevoir une surface saignante, point douloureuse, parsemée de petites granulations rouges et ne dégageant aucune odeur, mais offrant une légère dépression ou une perte de substance considérable, selon que la maladie est récente ou existe depuis long-temps : il

n'y a, d'ailleurs, aucun signe d'affection cancéreuse, dartreuse ou vénérienne.

POLYPES DES FOSSES NASALES.

344. *Signes diagnostiques.* Il existe continuellement dans le nez une gêne dont le malade cherche à se délivrer en se mouchant souvent. L'odorat est moins parfait, la respiration est difficile en tenant la bouche fermée. Toutes ces indispositions augmentent ordinairement par les temps humides, et diminuent au contraire dans les temps secs. En examinant les fosses nasales au grand jour on aperçoit dans l'une d'elles un corps qui s'avance vers l'ouverture des narines lorsque le malade chasse l'air, comme pour se moucher, et qui fuit en arrière et en haut pendant l'inspiration; ou bien à travers une des narines se présente une tumeur qui a été précédée des symptômes indiqués plus haut et qui possède les caractères extérieurs des polypes (347 à 349). (*Polype commençant.*)

345. Les phénomènes précédemment énoncés (344) offrent plus d'intensité; la difficulté de respirer croît de plus en plus; la tumeur, très-développée, a repoussé la cloison du côté qui était libre et qui se trouve actuellement fermé; le sac lacrymal est tuméfié; il existe un larmoiement continuel. Le voile du palais est abaissé, proémine en devant; l'ouïe

est dure, la déglutition et la respiration très-penibles; la voix est nasillarde, la parole gênée; si l'on introduit le doigt indicateur dans la bouche, jusqu'au pharynx, on sent derrière le voile du palais un corps arrondi, lisse, mobile. (*Polype très-développé tombant dans le pharynx.*)

346. Les symptômes précédens (344, 345) existant depuis un certain temps, s'étant accrus plus ou moins rapidement, on voit les cartilages du nez se soulever, s'étendre, ses os s'écarter, la voûte palatine s'abaisser, la paroi inférieure de l'orbite se soulever et chasser l'œil de sa cavité. Alors la parole et la déglutition sont devenues impossibles, la respiration se fait avec anxiété; il y a menace de suffocation. (*Polype très-volumineux.*)

347. Les symptômes communs des polypes existent, se sont développés avec lenteur et n'ont point été accompagnés de douleurs; ils ont plus d'intensité quand l'atmosphère est chargée d'humidité, ils diminuent quand elle est sèche; si l'on examine les narines au grand jour, on aperçoit dans les fosses nasales un corps arrondi, lisse, d'un blanc grisâtre, ne fournissant point de sang habituellement, et n'étant point sensible à la pression. (*Polype muqueux ou vésiculaire.*)

348. Les symptômes ordinaires des polypes se sont manifestés et ont pris un accroissement rapide; l'état de sécheresse ou d'humidité de l'atmosphère n'influe

pas sur eux. La tumeur qui occupe un des côtés des fosses nasales ne saigne pas spontanément ni par le contact ; elle est très-dure, insensible par elle-même; mais la compression qu'elle exerce sur les parties voisines y développe une douleur sourde habituelle. (*Polype fibreux.*)

349. Des épistaxis fréquens, une céphalalgie presque continuelle ont précédé ou accompagnent les symptômes communs des polypes. La tumeur qui occupe les fosses nasales offre une couleur rouge foncée, est sensible au moindre attouchement et saigne spontanément ou au contact. Les grands mouvemens respiratoires déterminent dans le nez ou au front une sensation douloureuse. Quelquefois il existe des douleurs vives lancinantes qui indiquent une tendance à la dégénération carcinomateuse. (*Polype charnu.*)

350. *Caractères anatomiques.* La tumeur présente une couleur jaunâtre, grise; elle est ordinairement pédiculée et s'insère aux parties soujacentes à la muqueuse. Elle n'est point divisée en plusieurs lobes; sa forme est accommodée à celle de la cavité qui la renferme; sa surface est bosselée; son tissu lâche, mou, grisâtre, ne contient que quelques vaisseaux sanguins peu développés, et point de nerfs, s'écrase facilement sous les doigts, est disposé en cellules nombreuses contenant à leur intérieur un liquide muqueux transparent qu'on en peut faire sortir facilement par la pression. Après l'écoulement de ce liquide

la tumeur s'affaisse, se réduit presque à la membrane d'enveloppe et présente alors l'aspect d'un lambeau membraneux mollasse. (*Polype vésiculaire.*)

La tumeur est dure, résiste jusqu'à un certain point aux efforts qu'on fait pour la déchirer; sa surface est d'un rouge livide, tantôt lisse, tantôt bosselée, rugueuse et saignante. Le tissu qui la compose est plus ou moins analogue au tissu fibreux naturel ou accidentel. (*Polype fibreux.*)

La tumeur est pesante, adhère ordinairement par une base large et solide. Le tissu qui la forme, enveloppé par une membrane mince assez consistante, présente une partie alvéolaire très-serrée contenant un grand nombre de vaisseaux sanguins très-développés, et une partie fibreuse, disposée en faisceaux, en bandes, ou en stries blanchâtres, résistantes, qui parcourent la première en différens sens, la partagent en plusieurs lobes de forme et de grandeur diverses, et vont se perdre dans la membrane extérieure. (*Polype charnu.*)

351. *Indications, moyens.* Détruire la tumeur en employant les moyens suivans, soit isolés, soit combinés selon les cas : *La ligature*, pour les polypes charnus dont on ne peut atteindre le pédicule; *l'arrachement*, dans la plupart des cas, par les narines ou par la gorge, pour les polypes très-développés et dont on ne peut découvrir la partie adhérente, pour ceux qui bouchent presque entièrement les narines et s'éten-

dent à l'arrière-bouche, dans le sinus maxillaire; enfin, *la cautérisation*, quand la tumeur est située peu profondément et présente un commencement de dégénérescence cancéreuse.

ULCÈRE DARTREUX.

352. *Signes diagnostiques.* Chez un individu qui offre des symptômes d'affection dartreuse, l'intérieur des narines est le siége d'un prurit habituel très-pénible, d'un écoulement puriforme, et de croûtes qui étant arrachées par les doigts du malade ou tombant spontanément, sont remplacées aussitôt par d'autres. Le traitement antiphlogistique n'a qu'une influence passagère sur ces divers phénomènes; le traitement méthodique des dartres en diminue l'intensité ou les fait disparaître.

353. *Indications, moyens.* Détruire le vice intérieur qui entretient cette ulcération, au moyen d'un traitement anti-herpétique approprié à l'ancienneté de la maladie, à l'état général du sujet, etc.

ULCÈRE CANCÉREUX.

354. *Signes diagnostiques.* Une ulcération se remarque sur la muqueuse des fosses nasales. Cette ulcération a succédé à une tumeur cancéreuse (342), à une petite verrue d'abord indolente, ou bien à un bouton recouvert sans cesse d'une croûte sèche gri

sâtre, souvent arrachée par le malade et renaissant aussitôt. Ses bords sont renversés; de sa surface s'exhale habituellement un liquide ichoreux, putride, d'une fétidité particulière, et souvent du sang en plus ou moins grande abondance. Elle s'étend de proche en proche, d'abord en superficie, puis en profondeur, détruisant également les parties molles, les cartilages et les os de la face, mais n'attaquant ordinairement qu'un côté et s'arrêtant à la ligne médiane. Si cette affection est déjà ancienne ou que son dévelopement soit très-rapide, on observe la plupart des symptômes généraux et locaux du cancer (38).

351 (*bis.*) *Indications*, *moyens*. (Voy. *Cancer des lèvres*, 368.)

ULCÈRE VÉNÉRIEN.

355. *Signes diagnostiques*. Chez un sujet qui a déjà présenté des symptômes d'infection vénérienne, qui s'est exposé à contracter cette maladie, ou qui est né de parens infectés, les narines sont le siége d'un écoulement ichoreux, fétide, abondant. D'abord la membrane muqueuse a sécrété une matière muqueuse puriforme, qui, en se desséchant, formait des croûtes dont l'accumulation obstruait les narines et gênait la respiration. L'odorat est altéré. Si l'on peut apercevoir le lieu qu'occupe la maladie, on y voit une ulcération sordide, recouverte d'une escarre blanchâtre ou d'une croûte sèche et brune, ou bien une surface rougeâtre qui ne tarde pas à se couvrir de nouvelles croûtes.

356. *Indications, moyens.* Combattre le vice vénérien qui a produit et entretient cette ulcération, par un traitement antisyphilitique méthodique et par des applications émollientes ou mercurielles, selon que la surface ulcérée présente ou non des symptômes d'une vive inflammation.

ABCÈS DU SINUS MAXILLAIRE OUVERT DANS LES FOSSES NASALES.

357. *Signes diagnostiques.* Un écoulement puriforme, abondant dès son apparition, a lieu par une des narines : avant que cet écoulement se soit manifesté, il a existé des symptômes d'abcès du sinus maxillaire (*Voy.* 477), précédés eux-mêmes des phénomènes suivans :

358. Douleur vive, profonde, pulsative, ayant son siége sous la joue, dans un espace borné par l'orbite, l'arcade dentaire supérieure, le bord antérieur du masséter, occupant surtout les dents molaires et canines supérieures du même côté; enfin n'étant accompagnée ni de rougeur, ni de gonflement des gencives, de la muqueuse buccale, ou des joues. (*Inflammation de la membrane muqueuse du sinus maxillaire.*)

359. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Ecoulement résultant des divers ulcères de la membrane pituitaire (339, 343, 352, 354, 355), ou de coryza, ou de la présence d'un polype (344), ou d'abcès des sinus frontaux ouverts dans les fosses nasales.

OZÈNE ESSENTIEL.

360. *Signes diagnostiques.* Chez un individu qui présente une conformation vicieuse du nez, consistant dans l'applatissement de la racine de cet organe, il s'exhale habituellement des narines une odeur forte, insupportable, qu'on a comparée à celle que répand une punaise écrasée. L'odorat est imparfait. Il n'existe en même temps aucun écoulement remarquable qui puisse faire présumer une altération des os, des cartilages ou de la membrane des fosses nasales.

361. *Indications, moyens.* Cette affection, dépendant d'une disposition vicieuse du nez, en vertu de laquelle les mucosités séjournent dans les fosses nasales et y acquièrent une odeur fétide, et peut-être aussi d'une altération de sécrétion de la membrane pituitaire, on ne peut y remédier qu'en empêchant l'accumulation du mucus, au moyen d'injections fréquentes.

362. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Ulcères de la membrane pituitaire, 343, 352, 354, 355; — Carie des os du nez ou des fosses nasales; — Fétidité de l'haleine.

RÉGIONS BUCCALES (*).

RÉGION BUCCALE EXTERNE.

Maladies des Lèvres.

RÉGION BUCCALE INTERNE.

Maladies des parois de la Bouche et des Gencives.

(*) Cette région comprend, *en dehors*, l'espace occupé par l'orbiculaire des lèvres et toute l'étendue de celles-ci; *en dedans*, toutes les parties renfermées dans la bouche, l'isthme du gosier, le pharynx.

Tumeur ou tuméfaction.	Aphthes.	415
	Epulis.	399
	Parulis.	402
	Gangrène.	412
	Gonflement inflammatoire aigu de la muqueuse buccale.	383
	— inflammatoire chronique des gencives.	386
	— et salivation mercuriels.	389
	— scorbutique.	392
	Grenouillette.	395
Solution de continuité.	Aphthes.	415
	Ulcères vénériens.	141
	— mercuriels.	143
	Gangrène.	412
Altération de couleur.	Aphthes.	415
	Gangrène.	412
	Gonflement inflammatoire.	383
	Scorbut.	392
	Ulcères mercuriels.	143
Ecoulement insolite.	Carie dentaire.	408
	Fistule du sinus maxillaire sans altération de l'os.	405
	Fistule maxillaire avec altération de l'os.	405 *bis.*
	Salivation mercurielle.	389
Odeur fétide de l'haleine.	Carie dentaire.	408
	Gangrène.	412
	Salivation mercurielle.	389
	Ulcères mercuriels.	143
	Scorbut.	392

Dents.

Langue.

Amygdales.

Voile du Palais.

Solution de continuité.	Division congéniale. 465
Gonflement.	Engorgement séreux de la luette. 470 Gonflement inflammatoire du voile du palais. 468

Voûte palatine.

Tumeur. .	Aphthes. . . . . 415 Gonflement inflammatoire.. 383, 386 Tumeur fibreuse. . . . . 472 Tumeur cancéreuse. 475
Solution de continuité.	Fistule du sinus maxill. 405, 405 *bis.* Ulcères. (*Voy.* 446, 450.) Aphthes. . . . . 415 Division congéniale du palais. . . 465

BEC DE LIÈVRE NATUREL.

363. *Signes diagnostiques.* Une des lèvres, ordinairement la supérieure, offre, dès la naissance, une division dont les bords sont arrondis, couverts d'une membrane vermeille, réunis supérieurement, écartés à leur extrémité inférieure et circonscrivant ainsi un espace triangulaire (*Bec de lièvre simple*).

364. Entre les bords de cette division est une saillie mamelonnée, ou un prolongement qui se rapproche plus ou moins du bord libre de la lèvre (*Bec de lièvre double*).

565. Outre cette division des lèvres, la voûte palatine offre un écartement des os maxillaires supérieurs; le voile du palais, la luette, sont aussi divisés; la voix, la parole sont altérées, la déglutition est difficile. (*Bec de lièvre avec division du palais et du voile du palais.*)

566. *Indications, moyens.* 1°. Aviver les bords de la division au moyen de l'excision; les maintenir rapprochés, jusqu'à parfaite cicatrisation, à l'aide de la suture entortillée, d'un bandage contentif. 2°. Si le bec de lièvre est double, et que le tubercule moyen soit libre et petit, enlever celui-ci, puis agir comme dans le premier cas. 3°. Si le tubercule est volumineux, le conserver, en aviver les bords, qu'on réunit avec ceux des fragmens de la lèvre, comme dans le bec de lièvre simple. Si ce tubercule est adhérent aux gencives, l'en détacher et prévenir une nouvelle adhérence par un pansement convenable.

CANCER DE LA LÈVRE.

567. *Signes diagnostiques.* Une des lèvres, ordinairement l'inférieure, présente, à son bord libre, une ulcération qui offre les caractères du cancer. (*Voy.* 58.) Le tissu de la lèvre qu'elle occupe est tuméfié, dur, bosselé, et le siège de douleurs vives, lancinantes. Cette ulcération a succédé, soit à un endurcissement profond de la lèvre, soit à une légère desquammation entretenue et renouvelée sans cesse par le con-

tact réitéré des doigts, du rasoir ou des alimens; soit à un petit tubercule dur, indolent, qui s'est accru lentement, s'est enflammé et ulcéré.

Un traitement antiphlogistique, non plus qu'un traitement antivénérien ou autre, n'a d'influence sur la marche de cet ulcère, qui s'accroît de plus en plus, met à nu les dents, les gencives, l'intérieur de la bouche, et donne un aspect affreux au visage.

368. *Indications, moyens.* Détruire ou enlever, en totalité, la portion de lèvre occupée par l'ulcération. Si l'ulcère est peu étendu, surtout en profondeur, peu douloureux, peu ancien, avoir recours à la cautérisation par les caustiques (ordinairement la poudre de Rousselot), ou par le cautère actuel, appliqués une seule fois, mais suffisamment. Si la maladie présente des circonstances opposées, faire l'ablation des parties ulcérées, au moyen de l'instrument tranchant.

369. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Ulcère vénérien, 370; — Dartre rongeante.

ULCÈRE VÉNÉRIEN.

370. *Signes diagnostiques.* A la suite d'infection vénérienne manifestée par divers symptômes propres à cette maladie, ou après l'application immédiate du virus vénérien sur la lèvre, cette partie présente une ulcération (ayant ordinairement son siége près d'une des commissures) présentant une surface couverte de

mucus ou d'une couche blanchâtre, ayant été précédée de démangeaison, d'une vive cuisson, puis de la formation d'une vésicule blanchâtre ou d'un petit tubercule dur, livide, qui peu à peu a grossi, s'est ulcéré. Un traitement mercuriel méthodique améliore l'état de cette ulcération, en produit la cicatrisation.

371. *Indications, moyens.* Détruire la cause par l'emploi d'un traitement antivénérien, local et général. S'il existe en même temps des symptômes d'une vive inflammation, les combattre par les antiphlogistiques.

372. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Ulcère cancéreux, 367; — Dartre rongeante.

TUMEUR FONGUEUSE.

373. *Signes diagnostiques.* Sur une des lèvres s'est développée une tumeur qui offre les caractères du fongus hématode. (Voy. 63.)

374. *Indications, moyens.* Les mêmes que dans le fongus hématode des autres parties.

375. *Maladies qu'on pourrait confondre.* (Voy. 66.)

OCCLUSION PARTIELLE DE LA BOUCHE.

376. *Signes diagnostiques.* Les lèvres sont accolées entre elles, soit partiellement, soit dans toute leur étendue; elles ont, d'ailleurs, leurs dimensions na-

turelles. Une sonde introduite derriere elles, par une ouverture qu'on rencontre à leur point de réunion ou qu'on y a pratiquée, parce que l'occlusion était complète, fait reconnaître l'existence ou le défaut d'adhérence entre la face postérieure des lèvres et les gencives ou la langue.

377. *Indications, moyens.* Rétablir l'ouverture de la bouche en détruisant cette adhérence contre nature au moyen du bistouri conduit, à l'aide d'une sonde cannelée, derrière le raphé, et dans une direction parallèle à celle du bord libre des lèvres, puis maintenir écartés les bords de la plaie pendant la cicatrisation.

RETRÉCISSEMENT DE L'OUVERTURE DE LA BOUCHE.

378. *Signes diagnostiques.* Les lèvres ont une très-petite étendue, leurs bords sont libres, mais ne laissent entre eux qu'un espace insuffisant pour les usages auxquels elles sont destinées.

379. *Indications, moyens.* Agrandir l'ouverture de la bouche au moyen de l'instrument tranchant, et empêcher l'adhérence des bords de la plaie, en les tenant écartés pendant la formation de la cicatrice.

NÉVRALGIE.

380. *Signes diagnostiques.* Une douleur vive se fait sentir dans un point plus ou moins étendu des pa-

rois de la bouche ou des gencives ; elle offre les caractères suivans, propres à la plupart des névralgies : Douleur parcourant instantanément et avec rapidité une ou plusieurs ramifications nerveuses ; consistant en des élancemens rapides, des espèces de commotion électrique, un sentiment de brûlure ou de froid glacial, de déchirement ou de fourmillement, etc., survenant ou s'exaspérant tout à coup et par accès irréguliers ; disparaissant subitement et sans cause connue ; ayant ordinairement la même intensité, au commencement qu'à la fin du paroxysme ; n'augmentant pas, diminuant plutôt par la pression exercée sur les trajets nerveux qu'elle occupe ; enfin n'étant point accompagnée nécessairement du gonflement inflammatoire de la peau et des autres parties voisines. (Voy. *Tic douloureux*, 520.)

381. *Indications, moyens.* (Voy. 521.)

382. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Odontalgie, 418 ; — Douleur rhumatismale ; Inflammation de la membrane du sinus maxillaire, 358 ; — Carie dentaire, 408 — Inflammation de la membrane alvéolo dentaire, 421.

GONFLEMENT INFLAMMATOIRE AIGU DE LA MUQUEUSE BUCCALE.

383. *Signes diagnostiques.* La face interne des joues ou la surface des gencives est tuméfiée, douloureuse,

présente une couleur d'un rouge vermeil; la déglutition, la mastication, sont difficiles et pénibles.

Si les gencives sont principalement affectées, les dents paraissent recouvertes, surtout à leur base, d'une matière grisâtre, muqueuse. Si c'est, au contraire, la face interne des joues, on y remarque des enfoncemens, des saillies, correspondant aux dents voisines et à leurs intervalles, et offrant quelques taches blanchâtres, comme laiteuses, ou plutôt des ulcérations superficielles, irrégulières, produites et entretenues par la pression qu'exercent les dents.

384. *Indications, moyens.* Combattre l'inflammation par un traitement antiphlogistique local ou général. S'il paraît tenir à une cause interne, détruire cette dernière par les moyens appropriés à sa nature.

385. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Ulcères vénériens, 141 ; — Gangrène de la bouche, 412 ; — Gonflement chronique produit par l'accumulation du tartre, 336 ; — Gonflement mercuriel, 389 ; Aphthes, 415 ; — Gonflement scorbutique, 392.

GONFLEMENT INFLAMMATOIRE CHRONIQUE DES GENCIVES, PRODUIT PAR L'ACCUMULATION DU TARTRE.

386. *Signes diagnostiques.* Depuis un certain temps les gencives sont tuméfiées, un peu douloureuses pendant la mastication ; elles ont une couleur rouge obscure ; elles sont molles, et saignent au moindre

contact ; les dents, couvertes de tartre, sont vacillantes, paraissent allongées par le refoulement du tissu de la gencive.

387. *Indications, moyens.* Enlever avec soin et sans ébranler les dents, la concrétion calcaire qui les recouvre ; combattre l'inflammation des gencives par les moyens antiphlogistiques usités.

388. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Gonflement scorbutique, 392 ; — Gonflement mercuriel, 389 ;

GONFLEMENT DE LA MUQUEUSE BUCCALE PAR L'ACTION DU MERCURE. — SALIVATION MERCURIELLE.

389. *Signes diagnostiques.* Chez un individu qui fait usage de préparations mercurielles, les gencives se sont tuméfiées ainsi que la face interne des joues ; une quantité considérable de salive s'écoule par la bouche ; l'emploi d'un traitement antiphlogistique seul n'influe aucunement sur la marche et l'intensité de ces phénomènes, qui cèdent au contraire dès qu'on suspend l'usage du mercure.

390. *Indications, moyens.* Cesser l'emploi de toute préparation mercurielle, ou, au moins, en diminuer beaucoup la dose ; s'opposer aux progrès de l'irritation de la membrane muqueuse et des glandes salivaires au moyen d'un traitement antiphlogistique local et général.

391. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Gonfle-

ment inflammatoire aigu, 383. — Gonflement inflammatoire chronique, 386.

GONFLEMENT SCORBUTIQUE DES GENCIVES.

392. *Signes diagnostiques.* Les gencives présentent un bourrelet saillant, d'une teinte livide, noirâtre; elles versent continuellement dans la bouche un liquide sanieux très-fétide. Le moindre contact d'un corps étranger en fait sortir un sang clair, fluide, très-abondant. En même temps on remarque chez le malade, des symptômes de scorbut.

393. *Indications, moyens.* Combattre l'affection scorbutique par les moyens locaux et généraux qui lui sont propres.

394. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Gonflement inflammatoire aigu, 383; — Gonflement inflammatoire chronique, 386.

GRENOUILLETTE.

395. *Signes diagnostiques.* Dans la bouche, au-dessous de la langue, près de son ligament antérieur, est une tumeur oblongue, comme transparente, molle et fluctuante, ou dure sans fluctuation.

Cette tumeur est peu développée, on peut apercevoir l'orifice du canal de Warthon, libre et dans l'état naturel, ou bien situé au centre d'un petit tubercule blanchâtre ou d'une légère ulcération de même

couleur ; si l'on cherche à introduire un stylet dans le canal, on sent bientôt une résistance et l'on y reconnaît la présence d'un corps étranger. Si l'on extrait celui-ci, il s'écoule aussitôt un liquide semblable à du blanc d'œuf, et la tumeur s'affaisse. (*Grenouillette commençante.*)

396. Ou bien cette tumeur est très-volumineuse, a refoulé la langue en haut et en arrière, tapisse la paroi inférieure de la bouche et fait saillie entre le menton et l'os hyoïde ; la prononciation est gênée, la voix rauque, la déglutition et la respiration s'exécutent difficilement, la bouche est entr'ouverte, presque entièrement remplie par la tumeur, qui a poussé en dehors les dents incisives et canines. Une incision ou une ponction faite par la bouche dans cette tumeur, donne issue à un liquide visqueux, transparent ou louche, plus ou moins semblable à du blanc d'œuf et contenant de petites concrétions sabloneuses. Tous les efforts, pour sonder le canal de Warthon dans toute son étendue, sont vains. (*Grenouillette très-développée.*)

397. *Indications, moyens.* Procurer une issue au liquide accumulé en pratiquant dans la tumeur, à l'intérieur de la bouche, une ouverture avec perte de substance ; empêcher le retour de la maladie, en rendant la plaie fistuleuse, à l'aide d'un corps étranger qui empêche la réunion complète des bords de l'ouverture et permette l'écoulement habituel de la salive.

Si la tumeur est très-volumineuse, enlever une grande partie de ses parois par la bouche.

398. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Abcès ; — Engorgement des ganglions sous-maxillaires.

ÉPULIS.

399. *Signes diagnostiques.* Sur un point des gencives s'élève une tumeur, ordinairement indolente, lisse et unie à sa surface, ou bien offrant des gerçures ou des ulcérations. Sa consistance est celle des tumeurs fongueuses ou du cartilage ; ses progrès ont été lents, mais continuels ; elle s'est développée à la suite de carie d'une dent ou du bord alvéolaire de l'os maxillaire.

400. *Indications, moyens.* Extirper la tumeur au moyen de la ligature, si elle est supportée par un pédicule, ou à l'aide de l'instrument tranchant, si sa base est large ; prévenir son retour en cautérisant la plaie.

401. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Tumeur enkystée ; — Parulis.

PARULIS OU PHLEGMON DES GENCIVES.

402. *Signes diagnostiques.* Sur les gencives est une tumeur qui s'est développée promptement, qui a été précédée de douleur, de chaleur, et d'une rougeur vermeille à laquelle a succédé une teinte livide ;

cette tumeur est molle, élastique; son centre, plus saillant que le reste de sa surface, offre aussi plus de mollesse, une couleur plus pâle, et paraît distendue par un liquide; si l'on pratique une incision, il s'en écoule du pus.

403. *Indications, moyens.* Combattre l'inflammation locale, faire de bonne heure une large ouverture à la tumeur, à l'aide de l'instrument tranchant.

404. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Epulis, 399; — Gonflement scorbutique des gencives, 392; — Gonflement inflammatoire de la muqueuse buccale, 383.

FISTULE DU SINUS MAXILLAIRE SANS MALADIE DE SES PAROIS.

405. *Signes diagnostiques.* Après la chute ou l'arrachement avec perte de substance, d'une des dents qui correspondent à la partie déclive du sinus maxillaire, il s'écoule continuellement, de l'alvéole qu'occupait cette dent, un liquide séreux ou muqueux et salé. Il n'existe d'ailleurs aucun signe de carie ou de nécrose, ni d'un corps étranger dans le sinus.

FISTULE DU SINUS MAXILLAIRE AVEC NÉCROSE.

406. *Signes diagnostiques.* A la suite de carie dentaire, ou de symptômes d'inflammation de la mem

brane muqueuse du sinus maxillaire ou d'accumulation de pus dans cette cavité (477, 489), une ouverture s'est formée dans une des alvéoles de la mâchoire supérieure; il s'en écoule habituellement un pus sanieux, fétide. Si l'on introduit une sonde par cette ouverture, on trouve la surface osseuse comme desséchée et résonnant sous le choc de l'instrument; si l'os peut être aperçu, il paraît dénudé et d'une couleur jaunâtre ou noirâtre.

407. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Fistule sans altération de l'os, 405; — Fistule entretenue par la présence d'un corps étranger dans le sinus.

CARIE DENTAIRE.

408. *Signes diagnostiques.* A la surface d'une dent existe une tache brunâtre terne. Dans ce point, l'émail a perdu son poli naturel, ou bien a disparu tout entier, et l'on remarque un enfoncement plus ou moins profond, par perte de substance, de l'émail seulement, ou en même temps de la portion osseuse de la dent; une odeur fétide s'en exhale, des douleurs vives s'y font sentir à des époques plus ou moins éloignées, soit spontanément, soit par le contact d'un corps étranger, soit par l'impression du froid ou de la chaleur. (*Carie externe.*)

409. Une dent présente une tache brunâtre sans altération de l'émail; elle ne répand aucune odeur; il n'existe point d'érosion à sa surface; mais on

aperçoit dans son épaisseur une cavité à parois noires, sèches et insensibles. (*Carie interne.*)

410. *Indications, moyens.* Si la carie est superficielle, n'intéresse que l'émail ou une très-petite partie du tissu osseux, et n'a pas encore pénétré jusqu'à la cavité dentaire, enlever la portion cariée à l'aide de la rugine ou de la lime; puis suppléer à la perte de substance et prévenir l'introduction de l'air et le séjour des parcelles alimentaires dans la cavité qui en résulte, au moyen du plombage, si cette cavité est suffisante et convenablement disposée pour cette opération.

Si, dans une carie sèche, le seul contact d'alimens chauds ou froids occasione de vives douleurs, on doit avoir recours au même procédé après avoir cautérisé ou divisé le filet nerveux qui occupe le centre de la dent.

Si la dent cariée est très-douloureuse, est profondément altérée et fournit habituellement une sanie putride, en faire l'extraction; ou tout au moins détruire une partie des inconvéniens qu'elle entraîne, par des lotions fréquentes, et en tenant constamment bouchée l'excavation qu'elle a produite, avec du coton imbibé d'une liqueur aromatique, ou avec un morceau de cire ou de mastic ramolli à la chaleur.

411. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Névralgie, 580; — Odontalgie, 418; — Inflammation de la

membrane alveolo-dentaire, 421; — Tic douloureux, 520.

GANGRÈNE DE LA BOUCHE.

412. *Signes diagnostiques.* Sur les gencives, les lèvres, la langue, les amygdales, à la suite de rougeur, de chaleur, de gonflement, s'est montrée une tache blanche qui bientôt s'est étendue en largeur et en profondeur; les parties qu'elle occupe paraissent recouvertes d'une matière pulpeuse, blanchâtre; celles qui l'entourent présentent une couleur rouge intense, et de la tuméfaction; une odeur fétide, insupportable, s'exhale de la bouche du malade; les dents vacillent dans leurs alvéoles ou s'en détachent; des symptômes généraux très-graves coïncident avec cette désorganisation plus ou moins profonde des parties molles de la bouche.

413. *Indications, moyens.* S'opposer aux progrès de la désorganisation par l'application de substances styptiques excitantes, et l'emploi à l'intérieur de médicamens toniques; exciser les lambeaux gangrénés, et empêcher la déglutition de la sanie fétide qui s'en écoule.

414. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Aphthes, 415; — Ulcères vénériens, cancéreux, mercuriels, (Voy. *Maladies des différentes parties de la bouche.*)

APHTHES.

415. *Signes diagnostiques.* A la suite ou pendant la durée de symptômes d'inflammation des voies digestives, sur la muqueuse de la bouche ou du pharynx, s'élèvent de petits tubercules miliaires, blanchâtres, superficiels, sans perte de substance dans le lieu qu'ils occupent, ne fournissant pas de pus, mais seulement une humeur séreuse qui se dessèche et forme des petites croûtes tombant bientôt en écailles et remplacées aussitôt par d'autres.

Ou bien, ce sont de petites ulcérations blanches ou bleuâtres au centre, rouges à leurs bords, coïncidant avec une maladie des dents ou survenues spontanément; disparaissant dans le premier cas avec la cause qui les a produites; et cédant facilement, dans le second, à l'emploi de quelques lotions acidules ou de la cautérisation à l'aide d'un caustique liquide ou mieux du nitrate d'argent fondu; ne laissant enfin après elles aucune cicatrice ni aucune dépression.

416. *Indications, moyens.* Combattre la phlegmasie de la muqueuse dont ils sont le résultat. S'ils sont peu abondans, survenus spontanément ou résistent à l'emploi de lotions adoucissantes, toucher leur surface avec le nitrate d'argent.

417. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Ulcères mercuriels, vénériens (Voy. *Ulcères des diverses parties de la bouche*); — Ulcère résultant de la pression

exercée par une dent, 455; — Gangrène de la bouche, 412.

ODONTALGIE.

418. *Signes diagnostiques.* Une douleur plus ou moins vive se fait sentir par élancemens, dans une des arcades dentaires; cette douleur augmente par une forte pression, comme dans la mastication de substances dures; quelquefois elle se fait sentir dans plusieurs dents, et plus souvent passe de l'une à l'autre, en abandonnant complètement la première; elle ressemble beaucoup à celle qui se fait sentir dans le tic douloureux, mais ne revient pas par accès; en outre, elle est assez ordinairement accompagnée de l'altération d'une ou de plusieurs dents situées dans le voisinage du lieu qu'elle occupe.

419. *Indications, moyens.* S'il existe une dent cariée, en faire l'avulsion; apaiser la douleur par l'emploi local et à l'intérieur de substances calmantes.

420. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Tic douloureux, 520; — Inflammation de la muqueuse buccale, 383; — Inflammation de la membrane alvéolo-dentaire, 421.

INFLAMMATION DE LA MEMBRANE ALVÉOLO-DENTAIRE.

421. *Signes diagnostiques.* Une dent est le siége de douleurs fixes, continues, insupportables; il

n'existe aucune lésion apparente de cette dent ou des parties voisines, ou bien elle est accompagnée de gonflement des joues ou des gencives. Si la dent douloureuse est arrachée, on voit que sa racine est surmontée d'un petit paquet rougeâtre, comme charnu. (Cette douleur survient assez fréquemment chez les femmes enceintes.)

422. *Indications, moyens.* Si la douleur coïncide avec un état de pléthore générale, avoir recours à la saignée. Dans le cas contraire, arracher la dent douloureuse.

423. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Inflammation de la muqueuse buccale, 383; — Tic douloureux, 520; — Odontalgie, 418.

TUMÉFACTION INFLAMMATOIRE DE LA LANGUE.

424. *Signes diagnostiques.* La langue est tuméfiée, remplit plus ou moins complètement la bouche, ou même est assez volumineuse pour ne pouvoir plus y être contenue; elle fait saillie entre les mâchoires, qu'elle tient écartées, et gêne la déglutition, la parole et la respiration. Ce gonflement s'est développé en peu de temps, a été précédé de symptômes inflammatoires locaux et généraux, ou bien a paru sans douleur ni chaleur locales; il est survenu pendant le cours d'une maladie générale aiguë ou à la suite de contusion de la langue, de l'usage de préparations mercurielles, du contact d'une substance irritante,

ou enfin pendant la durée d'une angine pharyngienne.

425. *Indications, moyens.* Combattre l'inflammation par les moyens ordinaires, si la tuméfaction est peu légère. Si, au contraire, le volume de la langue est assez considérable pour apporter obstacle au libre exercice de la déglutition ou de la respiration, dégorger les vaisseaux de cet organe au moyen de scarifications profondes et en nombre suffisant.

426. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Chute de la langue, 427; — Tumeur squirrheuse developpée dans l'épaisseur de la langue, 432.

CHUTE DE LA LANGUE.

427. *Signes diagnostiques.* Dès la naissance, ou vers l'époque de la dentition, à la suite de convulsion ou autres symptômes d'affection cérébrale, la langue, continuellement hors de la bouche, pend plus ou moins bas sur le menton. D'abord peu gonflée, elle a augmenté graduellement de volume.

La langue présente un volume remarquable, a déplacé ou usé les dents incisives et canines de la mâchoire inférieure. Sa face inférieure présente plusieurs excoriations assez profondes pour loger l'extrémité des dents qui les ont produites par une compression permanente et de longue durée; la lèvre inférieure est renversée et allongée; la mâchoire inférieure abaissée, se porte en avant; la salive s'écoule continuellement

hors de la bouche ; la voix est altérée, la parole et la déglutition sont difficiles ou impossibles ; il existe en même temps une soif incommode et une ardeur continuelle à la gorge, résultant de la déperdition habituelle de la salive.

428. *Indications, moyens.* Si l'affection est commençante, pour arrêter ses progrès on oblige l'enfant à ramener et a maintenir sa langue dans la bouche en appliquant sur la pointe de cet organe une substance un peu irritante et désagréable. Lorsque l'enfant ne tète plus et que le moyen précédent ne suffit pas, on empêche la chute de la langue en tenant les mâchoires rapprochées à l'aide d'un bandage en fronde.

Si la langue ne peut être réduite à cause de son volume trop considérable, chercher à diminuer celui-ci par des lotions émollientes et des scarrifications.

Si elle est variqueuse, squirrheuse ou fongueuse, amputer la portion qui sort de la bouche.

Si l'affection, survenue chez un adulte, paraît dépendre de la paralysie des muscles, employer le traitement conseillé pour cette maladie, et maintenir, par des moyens mécaniques, la langue dans la bouche et les mâchoires rapprochées.

429. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Tuméfaction inflammatoire de la langue, 424 ; — Tumeur squirrheuse de la langue, 432.

ENGORGEMENT VÉNÉRIEN DE LA LANGUE.

430. *Signes diagnostiques.* Dans l'épaisseur de la langue (rarement sur ses bords ou à sa pointe), existe un engorgement dur, comme squirrheux. Dans ce point, la surface de l'organe est fendillée, mais ne verse aucune humeur; nulle douleur ne s'y fait sentir. L'individu chez qui cette maladie a lieu, présente actuellement ou a présenté des symptômes d'affection vénérienne; un traitement antiphlogistique ou autre a peu ou point d'influence sur la marche et l'intensité de cet engorgement, tandis que l'emploi méthodique des préparations mercurielles le fait disparaître.

431. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Tuméfaction inflammatoire de la langue, 424. — Tumeur cancéreuse, 432.

TUMEUR CANCÉREUSE DE LA LANGUE.

432. *Signes diagnostiques.* Sur le bord de la langue, ou sur sa pointe, est une tumeur ayant paru, dans le commencement, sous forme d'un très-petit tubercule dont le volume s'est accru graduellement et avec lenteur. Long-temps indolente, elle est enfin devenue le siége de douleurs vives, lancinantes, survenant par accès rares d'abord et de plus en plus fréquens; sa surface est ulcérée, dure, inégale, d'une couleur

livide, saigne au moindre contact et fournit sans cesse une sanie dont l'odeur est repoussante. (*Ulcère cancéreux.*)

433. *Indications, moyens.* — Si l'affection est bornée à la langue, ne s'accompagne pas de l'engorgement des ganglions lymphatiques voisins, résiste à l'emploi des substances adoucissantes, émollientes, à un traitement méthodique en rapport avec la cause interne qu'on pouvait supposer lui avoir donné naissance, emporter en totalité les parties malades à l'aide de l'instrument tranchant, puis cautériser la plaie avec le fer rouge, afin de détruire les petites portions de la tumeur qui pourraient y rester, et de prévenir l'hémorrhagie.

434. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Engorgement vénérien, 430; — Ulcère vénérien, 446; — Ulcère scorbutique, 450; — Ulcère résultant de la pression exercée par une dent, 453.

BOURRELET SUBLINGUAL.

435. *Signes diagnostiques.* Chez un enfant naissant, les mouvemens de succion ne peuvent s'opérer ou ne s'exercent qu'imparfaitement. En explorant l'intérieur de la bouche, on aperçoit sous la langue une tumeur d'une couleur rouge brun, d'une consistance assez grande, sans symptômes inflammatoires, et qu'on pourrait prendre, au premier coup-d'œil, pour une langue supplémentaire.

436. *Indications, moyens.* Opérer sur-le-champ la section de ce bourrelet charnu, afin de rendre à la langue la liberté de ses mouvemens; prévenir la réunion des parties divisées, en passant, plusieurs fois par jour, le doigt dans la plaie.

ADHÉRENCE DE LA LANGUE AUX PAROIS DE LA BOUCHE.

437. *Signes diagnostiques.* Chez un enfant nouveau-né, la langue ne peut opérer aucun des mouvemens qui lui sont propres : ses bords sont libres; mais sa pointe peut à peine être soulevée, et le doigt ne peut glisser entre la face inférieure de cet organe et la paroi correspondante de la bouche, non pas à cause de la présence d'une tumeur dans ce lieu, mais parce qu'il rencontre là un obstacle invincible résultant de l'adhérence de ces parties entr'elles.

Ou bien un enfant qui vient de naître ne peut exercer librement les mouvemens de succion. Si l'on examine sa langue, on la voit immobile ou n'ayant que des mouvemens très-bornés; elle paraît comme accolée à la mâchoire inférieure; le doigt promené sur ses bords ne peut les soulever et reconnaît leur adhérence avec les gencives par des brides membraneuses.

438. *Indications, moyens.* Rendre à la langue l'exercice de ses mouvemens, en détruisant sur-le-champ ses adhérences à l'aide de l'instrument tranchant, et prévenir la réunion des bords de la plaie en interpo-

sant fréquemment entr'eux un corps étranger, le doigt, par exemple.

439. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Prolongement du frein de la langue, 440 ; — Bourrelet sublingual, 435 ; — Paralysie de la langue, 443.

PROLONGEMENT DU FREIN DE LA LANGUE.

440. *Signes diagnostiques.* Les mouvemens de la langue pour opérer la succion ou pour le libre exercice de la parole, sont gênés ou impossibles. En introduisant le petit doigt dans la bouche de l'enfant qui vient de naître on ne sent pas la langue s'avancer vers ce doigt, l'embrasser en formant une gouttière longitudinale, puis l'attirer et le coller à la voûte palatine en relevant son extrémité ; si l'on examine sa face inférieure, on la voit occupée dans toute sa longueur par le frein, qui s'étend jusqu'à sa pointe, au lieu de se terminer, comme dans l'état ordinaire, à quelque distance d'elle.

441. *Indications, moyens.* Remédier promptement à ce vice de conformation par la section transversale du frein de la langue à l'aide du bistouri ou des ciseaux.

442. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Adhérence de la langue aux parois de la bouche, 437 ; — Paralysie de la langue, 443 ; — Bourrelet sublingual, 435

PARALYSIE DE LA LANGUE.

443. *Signes diagnostiques.* La parole est lente, embarrassée ou impossible; la langue a conservé sa forme et ses dimensions ordinaires, mais elle est complètement immobile, ou bien n'a plus que des mouvemens difficiles insuffisans pour le libre exercice de ses fonctions. Ordinairement sa pointe se dirige vers l'une des commissures des lèvres, quand le malade veut la sortir de la bouche. En outre, on ne peut attribuer ces phénomènes ni à l'adhérence de la langue aux parties voisines, ni au prolongement de son frein, ni à la présence d'une tumeur volumineuse dans la bouche; enfin, cet état coïncide avec quelques autres symptômes de maladie de l'encéphale.

444. *Indications, moyens.* La paralysie de la langue n'étant point une maladie, mais ordinairement un symptôme d'affection du cerveau, c'est contre cette dernière qu'on doit diriger les moyens curatifs.

445. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Adhérence de la langue, 437; — Prolongement du frein de la langue, 440.

ULCÈRE VÉNÉRIEN SUR LA LANGUE.

446. *Signes diagnostiques.* Ulcération de couleur grisâtre, de forme arrondie, ayant des bords taillés perpendiculairement, et survenue chez un individu

qui présente des symptômes de syphilis ou qui s'est exposé à l'infection. Cette ulcération résiste à l'emploi des émolliens, et cède au contraire à celui de lotions mercurielles ou d'un traitement anti-vénérien.

447. *Indications, moyens.* Combattre la cause interne qui lui a donné naissance, par un traitement antivénérien méthodique.

448. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Aphthes, 415; — Ulcération produite par la pression d'une dent, 453; — Ulcère scorbutique, 450; — Ulcération mercurielle, 449; — Ulcère cancéreux, 452.

ULCÈRE MERCURIEL.

449. *Signes diagnostiques.* (Voy. 147.)

ULCÈRE SCORBUTIQUE.

450. *Signes diagnostiques.* Ulcération livide, fongueuse, versant à sa surface un liquide sanieux et fétide, sanguinolent, accompagnée de symptômes d'affection scorbutique. (Voy. 143.)

451. *Indications, moyens.* Détruire la cause interne par le traitement usité pour le scorbut; déterger fréquemment les ulcérations au moyen de collutoires toniques et astringens, et les toucher souvent avec un pinceau trempé dans un acide minéral affaibli.

452. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Ulcère cancéreux, 452; — Ulcère vénérien, 446, 141.

ULCÉRATION RÉSULTANT DE LA PRESSION EXERCÉE PAR UNE DENT.

453. *Signes diagnostiques.* Sur un des côtés de la langue est une ulcération grisâtre, peu douloureuse, rebelle à tous les moyens employés contre elle ; n'offrant point les caractères des ulcères vénériens, scorbutiques, mercuriels, etc., mais située vis-à-vis une dent qui fait saillie du côté de la langue et dont la pointe vient s'y loger et l'irriter sans cesse.

454. *Indications, moyens.* Faire cesser la pression et l'irritation qui en résulte en pratiquant l'avulsion de la dent ou bien en sciant ou limant sa portion saillante.

455. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Ulcère vénérien, 446, 141 ; — Ulcère cancéreux, 432 ; — Ulcère mercuriel, 143.

ABCÈS DANS L'AMYGDALE.

456. *Signes diagnostiques.* Les symptômes de l'angine tonsillaire ayant existé (*Voy.* 459), et s'étant accompagnés, vers la fin, de mouvemens fébriles irréguliers, ainsi que d'une difficulté d'avaler qui avait paru céder un instant, une des amygdales, ou toutes les deux, se présentent sous la forme d'une tumeur lisse, très-rouge, offrant sur un point de sa surface une légère saillie d'un rouge moins foncé que le reste,

Le doigt porté sur cette saillie éprouve la sensation d'un corps mou, élastique, et y distingue, par une fluctuation plus ou moins sensible, la présence d'un liquide.

457. *Indications, moyens.* Donner promptement issue au pus, au moyen d'une incision pratiquée dans le centre de la tumeur.

458. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Gonflement inflammatoire de l'amygdale, 459; — Induration des amygdales, 462.

GONFLEMENT INFLAMMATOIRE AIGU DE L'AMYGDALE, OU AMYGDALITE.

459. *Signes diagnostiques.* A la suite de chaleur et de sécheresse dans la gorge, est survenue, dans cette partie, une douleur qui s'étend jusque dans les oreilles; cette douleur est accompagnée de difficulté d'avaler la salive et de la sensation d'un corps étranger dans l'arrière-bouche. La déglutition des alimens et des boissons est douloureuse et difficile, la voix légèrement altérée, et de telle manière qu'elle indique la présence d'un corps mou, volumineux, dans l'arrière bouche. Si l'on explore le fond de la gorge à la lumière et en abaissant suffisamment la base de la langue, on aperçoit entre les piliers du voile du palais, d'un côté ou des deux, une tumeur rouge, plus ou moins saillante, parsemée à sa surface de petits grumeaux blanchâtres, irréguliers et adhérens

à la membrane. Le doigt étant porté sur cette tumeur, y développe de la douleur, éprouve une légère résistance, sans élasticité bien marquée.

460. *Indications, moyens.* Les mêmes que dans la plupart des inflammations locales aiguës.

461. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Induration de l'amygdale, 462; — Abcès de l'amygdale, 456.

INDURATION DE L'AMYGDALE.

462. *Signes diagnostiques.* Après la disparition des symptômes ordinaires de l'amygdalite (*Voy.* 459), il est resté dans la gorge un sentiment de gêne sans douleur, augmentant surtout pendant la déglutition; la voix est moins sonore qu'autrefois, l'articulation des sons gutturaux est altérée, la respiration est moins libre. En examinant le fond de la gorge, on aperçoit entre les piliers du voile du palais, d'un seul côté ou de chacun des deux à-la-fois, un corps rougeâtre, indolent au contact, uni ou bosselé, à base large, présentant ou non des ulcérations. Cette tumeur, formée aux dépens de l'amygdale, offre une consistance plus considérable que celle qui est ordinaire à l'organe dans l'état sain.

463. *Indications, moyens.* Rendre à l'amygdale ainsi tuméfiée son volume primitif, en opérant le dégorgement de ses vaisseaux, soit par l'emploi des saignées locales et des dérivatifs, soit par l'usage de gargarismes résolutifs et d'un traitement approprié

à la cause interne qui peut avoir produit l'engorgement. Si ces moyens sont infructueux, on doit faire la rescision de la portion de cette tumeur qui excède les piliers du voile du palais.

464. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Abcès dans l'amygdale, 456 ; — Dégénération cancéreuse de l'amygdale. — Polypes (Les polypes de la gorge sont ordinairement pédiculés, situés au-delà de l'isthme du gosier et à la partie supérieure du pharynx, rarement à ses parties moyennes ou inférieures.)

DIVISION CONGÉNIALE DU VOILE DU PALAIS.

465. *Signes diagnostiques.* Le voile du palais présente une division verticale simple ou double : cette division, apportée à la naissance, est ordinairement accompagnée d'un écartement des os de la voûte palatine ; dans ce cas, la voix est altérée, fort désagréable. La parole est difficile, quelquefois inintelligible. Lorsque le vomissement a lieu, la plus grande partie des substances rejetées sort par les narines. La déglutition s'opère mal et s'accompagne du passage des alimens dans les fosses nasales.

466. *Indications, moyens.* Aviver les bords de la division dans toute leur étendue, les rapprocher et les maintenir en contact à l'aide de la suture, jusqu'à la cicatrisation parfaite de la nouvelle plaie.

GONFLEMENT INFLAMMATOIRE DU VOILE DU PALAIS ET DE LA LUETTE.

467. *Signes diagnostiques.* Le fond de la gorge est le siége d'une chaleur et d'une douleur continues très-vives. En examinant cette partie, on aperçoit le voile du palais rouge, tuméfié ; en outre, la parole est gênée, la déglutition difficile et très-douloureuse.

468. Ou bien la luette paraît seule très-rouge, d'un volume plus ou moins considérable ; elle produit sur la base de la langue un sentiment de gêne accompagné de nausées fréquentes.

469. *Indications, moyens.* Cette affection réclame les mêmes soins que l'angine pharyngienne, dont elle est ordinairement un effet.

ENGORGEMENT SÉREUX ET CHUTE DE LA LUETTE.

470. *Signes diagnostiques.* Il existe au fond de la gorge un sentiment de gêne, sans douleur ni chaleur, et qui semble causé par la présence d'un corps étranger ; le malade éprouve continuellement le besoin de tousser, de cracher ou d'avaler ; assez souvent des nausées ont lieu. Tantôt la luette est allongée, paraît plus mince ; son extrémité touche à la base de la langue et se ploie sur elle dans les mouvemens d'abaissement du voile du palais (*Chute ou relâchement de la luette*) ; tantôt la luette a peu augmenté de volume,

elle présente à son extrémité libre une petite tumeur pâle, comme transparente ; ou bien la tuméfaction de cet organe est générale, et lui donne l'aspect d'une vésicule rougeâtre remplie de sérosité ; suivant l'intensité du gonflement, les phénomènes indiqués plus haut existent seuls, ou sont accompagnés d'une difficulté plus ou moins grande d'avaler et de respirer.

471. *Indications, moyens.* S'il y a seulement chute de la luette, exciter la contraction de son muscle releveur, en la touchant avec quelque substance irritante. Dans le cas où ce moyen ne suffirait pas, et si l'affection était ancienne, faire l'excision d'une partie de l'organe. S'il y a, au contraire, engorgement séreux, exciter l'absorption du liquide à l'aide de gargarismes astringens, ou bien provoquer son écoulement au moyen de scarifications, surtout si le gonflement est assez considérable pour faire craindre la suffocation.

TUMEUR FIBREUSE DU PALAIS.

472. *Signes diagnostiques.* Sur un point de la voûte palatine est une tumeur pédiculée et dont le développement a été progressif et lent ; cette tumeur, blanche, compacte, quoiqu'un peu compressible, n'est point douloureuse, à moins que la muqueuse buccale dont elle est revêtue ne présente quelqu'altération, qui peut tromper sur sa nature ; elle tend

continuellement à grossir, mais avec lenteur. Enfin, selon son volume et sa position, elle gêne plus ou moins la parole, la mastication et la déglutition.

473. *Indications, moyens.* Extirper cette tumeur à l'aide de l'instrument tranchant; prévenir son retour en ruginant, puis en cautérisant l'os dans le lieu qu'elle occupait.

474. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Exostose, périostose, tumeur cancéreuse (*Voy.* tableau des *Maladies communes*, pag. 4.)

TUMEUR CANCÉREUSE.

475. *Signes diagnostiques.* Sur le palais s'est développée une tumeur peu consistante, ayant une base large, une surface inégale, se développant avec assez de rapidité, étant le siége de douleurs lancinantes, quel que soit l'état de la membrane qui la revêt; s'ulcérant, et présentant enfin les caractères du cancer (Voy. 38).

476. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Exostose ou tumeur de toute autre nature, compliquée d'inflammation chronique ou d'ulcération de la portion de membrane muqueuse qui la recouvre. (Voy. *Tumeur*, au tableau des *Maladies communes*, pag. 4.)

RÉGION GÉNALE OU DES JOUES (*).

Solution de continuité.	Fistule buccale. . . . . 505 Fistule du sinus maxillaire. . . . 502 Fistule par carie des dents. . . . . 508 Fistule par altération du maxillaire inférieur. . . . . 511 Fistule salivaire par lésion du conduit parotidien. . . . . 514 Plaie avec lésion du conduit parotidien. . . . . 517 Voy. *Solution de continuité*, au tableau des *Maladies communes*.
Tumeur ou tuméfaction.	Abcès du sinus maxillaire. . . . . 477 Exostose dans le sinus maxillaire. 483 Hydropisie du sinus maxillaire. . 489 Polype dans le sinus maxillaire. . 492 Tumeur salivaire par obstruction du conduit parotidien. . . . . . 496 Fluxion à la joue.. . . . . 486 Bouton cancéreux. . . . . 480 Verrue. . . . . 499 Voy. *Tumeur*, au tableau des *Maladies communes*.

(*) Ses limites sont : *en haut*, l'orbite et l'arcade zygomatique ; *en bas*, le bord inférieur du corps de l'os maxillaire ; *en arrière*, l'oreille et le bord postérieur de la branche du maxillaire ; *en avant et en dedans*, une ligne qui, partant de l'angle interne de l'œil et suivant la direction presque verticale du sillon qui sépare le nez de la joue, descendrait ensuite obliquement jusqu'au bas de la face, en passant en dehors de la commissure des lèvres.

Douleur..	Abcès du sinus maxillaire.	477
	Tic douloureux..	520
	Fracture du condyle et de la branche de l'os maxillaire.	532
	Fracture du corps de l'os maxillaire.	525
	Voy. *Douleur*, au tableau des *Maladies communes*.	
Lésion des mouvemens de la mâchoire.	Fracture du corps de l'os maxillaire.	525
	Luxation de la mâchoire inférieure.	526
	Luxation d'un des condyles du maxillaire.	530
	Fracture du condyle ou de la branche du maxillaire.	532

ABCÈS DU SINUS MAXILLAIRE.

477. *Signes diagnostiques* : A la suite de percussion sur la joue, de coryzas fréquens et intenses, ou de carie des premières dents molaires supérieures, les symptômes suivans ont paru : douleur vive, fixe, profonde, occupant l'espace borné par l'éminence malaire, l'arcade dentaire supérieure, le nez et le bord antérieur du masséter, survenue sans gonflement inflammatoire soit des joues, soit des gencives; s'étant accrue rapidement et ayant persisté au même degré d'intensité pendant quelques jours, accompagnée de fièvre, de frissons irréguliers. Cette douleur s'étant apaisée, bientôt après se sont manifestés les phénomènes indiquant l'accumulation d'un liquide

dans le sinus. (Voy. 489.) (*Inflammation de la membrane du sinus maxillaire.*)

Si, à cette époque, on enfonce un trocart dans la paroi du sinus maxillaire, près de la troisième molaire, on détermine l'écoulement d'une matière purulente. Si ce moyen d'exploration n'a point été employé, au bout de quelque temps le malade sent tout-à-coup sa bouche se remplir de pus, et l'on reconnaît que ce liquide s'écoule à travers des ouvertures situées auprès du collet des dents molaires ou sur quelqu'autre point des gencives. Lorsque le décubitus a lieu sur le côté opposé à celui du sinus malade, la narine qui répond à ce dernier se trouve baignée de pus.

478. *Indications, moyens* : Ouvrir une large issue au liquide purulent en perforant les parois du sinus à la partie la plus déclive, soit dans le lieu d'élection au bas de la fosse canine, soit dans le lieu de nécessité, c'est-à-dire au fond de l'alvéole d'une dent molaire cariée ou arrachée.

479. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Hydropisie du sinus maxillaire, 489; — Exostose, polypes développés dans le sinus, 483, 492; — Abcès des gencives.

BOUTON CANCÉREUX DU VISAGE.

480. *Signes diagnostiques.* Sur un point de la peau du visage s'est développée très-lentement une petite tumeur à base large, offrant une couleur blanc mat,

ou jaunâtre, lisse, luisante à sa surface, ou comme cornée, ne donnant point naissance à des poils et parcourue par des petites lignes rouges plus ou moins nombreuses; ou bien il n'existe autre chose qu'une plaque peu saillante, roussâtre, paraissant résulter de l'épaississement d'une humeur exhalée de la peau. Cette plaque, souvent arrachée par le malade, laisse apercevoir, après sa chute, une excoriation granulée, d'un rouge vif, fournissant un liquide jaunâtre qui ne tarde pas à la reproduire en se desséchant. Au bout d'un temps plus ou moins long les phénomènes caractéristiques du cancer s'y développent. (Voy. *Ulcère cancéreux*, *Cancer.*)

481. *Indications*, *moyens* : Extirper entièrement cette portion de peau altérée; prévenir le retour de la maladie par la cautérisation avec le fer rouge, ou bien désorganiser les tissus au-delà du lieu malade à l'aide d'un caustique énergique (on préfère ordinairement la poudre de Rousselot).

482. *Maladies qu'on pourrait confondre.* Verrue bénigne, 499; — Tache congéniale.

EXOSTOSE DÉVELOPPÉE DANS LE SINUS MAXILLAIRE.

483. *Signes diagnostiques.* Au-dessous de l'apophyse malaire se présente une saillie plus ou moins considérable due à la dilatation du sinus maxillaire, ce qu'on reconnaît à l'absence de lésion des parties molles qui forment la joue et les gencives. Cette tumeur, à base

large, ou plutôt cette tuméfaction, est inégale, dure, ne cède point sous le doigt et présente les caractères de l'exostose (Voy. 59). Si l'on fait pénétrer un trocart dans le sinus, on ne voit aucun liquide s'écouler, mais l'instrument y rencontre un corps qui lui offre une certaine résistance.

484. *Indications, moyens.* Rechercher si cette maladie tient à une cause interne ; dans ce cas, combattre cette dernière. Si, au contraire, l'affection est locale ou bien a résisté à un traitement méthodique, pratiquer l'ablation de la portion d'os tuméfiée.

485. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Polype, abcès, hydropisie du sinus maxillaire, 492, 477, 489.

FLUXION A LA JOUE.

486. *Signes diagnostiques.* La joue présente une tuméfaction diffuse, peu ou point inflammatoire, égale, molle, peu douloureuse, survenue tout-à-coup, augmentant promptement, accompagnée de salivation abondante, et d'un sentiment de gêne, de tension et disparaissant avec lenteur. Cette tuméfaction occupe l'épaisseur de la joue ; elle est survenue à la suite de douleurs de dents, de l'impression d'un air froid sur le visage, on reconnaît pour cause la rétrocession de la goutte ou du rhumatisme.

487. *Indications, moyens.* Si la fluxion est le produit d'une cause externe, de l'action de l'air froid,

par exemple, favoriser sa résolution en maintenant autour des parties une température douce et égale, et par l'emploi des dérivatifs. S'il existe des symptômes inflammatoires, les combattre par les moyens ordinaires.

488. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Œdème, 82 ; — Érysipèle, 55 ; — Phlegmon, 86 ; — Inflammation de la membrane du sinus maxillaire, 477.

HYDROPISIE DU SINUS MAXILLAIRE.

489. *Signes diagnostiques.* Il existe sous la joue, dans l'endroit qui correspond à la paroi externe du sinus maxillaire, une tumeur dure, immobile, indolente, à surface lisse, n'offrant ni empâtement, ni fluctuation, cédant un peu sous une forte pression exercée par les doigts, et recouverte par la muqueuse buccale et la joue conservées saines. Au bout d'un certain temps, cette tumeur s'ouvre spontanément, il s'en écoule un liquide muqueux plus ou moins abondant et altéré. Si cette ouverture spontanée n'a pas eu lieu, on provoque l'écoulement d'une pareille matière en perforant le sinus avec un petit trocart, près de la racine de la troisième molaire.

490. *Indications, moyens.* Donner issue au mucus accumulé, au moyen d'une ouverture suffisante avec perte de substance, à la partie inférieure de la tumeur.

491. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Abcès,

polypes, exostose du sinus maxillaire, 477, 492, 483; — Abcès des gencives.

POLYPE DANS LE SINUS MAXILLAIRE.

492. *Signes diagnostiques.* Une des joues est tuméfiée, ou plutôt soulevée par la paroi externe du sinus. Avant l'apparition de cette tumeur, le malade a long-temps éprouvé une sensation désagréable de pesanteur ou de tension dans cette partie, un écoulement de sang et de sanie fétide par la narine correspondante.

493. Si la maladie est ancienne et fait des progrès, le gonflement de la joue s'accroît de plus en plus, et s'accompagne de la distorsion des lèvres, de la dépression de la voûte palatine, du soulèvement du plancher orbitaire, de l'èbranlement et de la chute des dents, de l'occlusion plus ou moins complète de la bouche, de la gêne de la respiration et de la parole, de l'écoulement habituel des larmes. Enfin, à travers l'orifice naturel du sinus ou d'une alvéole, ou bien par une ouverture accidentelle, une portion de la tumeur apparaît au dehors et présente les caractères des polypes des fosses nasales. (Voy. 349.)

494. *Indications, moyens.* Faire l'extraction de ce corps étranger au moyen d'une ouverture suffisante, pratiquée dans la paroi externe du sinus; prévenir son retour en cautérisant avec le fer rouge les parties auxquelles il était inséré.

495. *Maladies qu'on pourrait confondre* Polype dans les fosses nasales, 344 ; Abcès, exostose, hydropysie du sinus, 477, 483, 489.

TUMEUR SALIVAIRE PAR OBSTRUCTION DU CANAL PAROTIDIEN.

496. *Signes diagnostiques.* Sur le trajet du conduit parotidien, est une tumeur oblongue, circonscrite, développée lentement et par degrés, augmentant insensiblement de volume, sans douleur, sans changement d'état de la peau, et accompagnée de gonflement œdémateux de la parotide. Si l'on essaie d'introduire un stylet dans l'orifice du canal salivaire, l'instrument ne tarde pas à rencontrer un obstacle à l'endroit où commence la tumeur.

497. *Indications, moyens.* Rétablir le cours de la salive en détruisant l'obstacle qui s'oppose à son écoulement dans la bouche. Si le conduit de sténon est comprimé par une tumeur développée dans le voisinage, enlever cette tumeur sans intéresser le canal ; s'il existe dans l'intérieur de ce dernier un calcul salivaire ou tout autre corps étranger, chercher à l'extraire ; et si cela n'est pas possible, donner issue à la salive accumulée, en pratiquant une incision au milieu de la tumeur, à l'intérieur de la bouche.

498. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Tumeurs diverses (Voy. tableau des *Maladies communes*, p. 4). — Tumeur formée par la dilatation du sinus maxil-

laire; 477, 483, 489, 492; — Fluxion à la joue, 486.

VERRUE.

499. *Signes diagnostiques.* Sur un point de la peau est une petite tumeur arrondie, molle, portée sur un pédicule, ou bien ayant seulement un collet à sa base. Sa surface est égale, sans être luisante, ou bien elle est inégale, comme lobulée, et donne ordinairement naissance à des poils. Sa couleur diffère peu de celle de la peau.

500. *Indications, moyens.* Si la tumeur est peu volumineuse et n'incommode point par sa situation, ne pas y toucher et recommander au malade d'éviter tout ce qui pourrait y produire de l'irritation. Dans le cas contraire, l'enlever au moyen de la ligature ou de l'instrument tranchant, si elle est pédiculée; ou la détruire à l'aide d'un caustique, si elle offre une base large.

501. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Bouton cancéreux, 480; — Excroissance vénérienne ou poireau, 1095.

FISTULE DU SINUS MAXILLAIRE.

502. *Signes diagnostiques.* A la suite de phlegmon suppuré à la joue (ordinairement près de l'orbite), il est resté une ouverture fistuleuse fournissant continuellement un pus sanieux qui coule en plus

grande quantité lorsque le malade se couche sur le côté affecté, et donnant aussi passage à l'air, pendant de fortes expirations, le nez et la bouche étant préalablement fermés. Si l'on y introduit un stylet, on le fait pénétrer jusque dans le sinus, où l'on rencontre ordinairement soit la carie de ses parois (Voy. *Carie*, 108), soit une exostose (483, 59), soit un polype (492).

503. *Indications, moyens.* Donner une libre issue au pus, en pratiquant une ouverture d'une étendue suffisante à la partie la plus déclive du sinus maxillaire, et procurer ainsi l'occlusion de la fistule. Arrêter la sécrétion du liquide purulent, en combattant par des moyens convenables l'altération du sinus qui l'entretient.

504. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Abcès phlegmoneux, froid, 1, 8; — Fistule cutanée, 112; — Fistule buccale, 505.

FISTULE BUCCALE.

505. *Signes diagnostiques.* Il existe à la joue une ouverture qui fournit habituellement de la salive et qui, pendant les repas, donne passage à des parcelles alimentaires. Une sonde introduite par son orifice extérieur pénètre facilement dans la bouche. Cette ouverture fistuleuse est survenue à la suite de plaie, de phlegmon abcédé, ou de perte de substance par brûlure.

506. *Indications, moyens.* Aviver les bords de la

fistule en les excisant de manière à donner à la plaie une forme oblongue ; rapprocher ces bords et les maintenir réunis au moyen de la suture ; favoriser enfin leur cicatrisation en mettant obstacle aux mouvemens des joues et des mâchoires. Si ce procédé n'était pas praticable, on aurait recours à un obturateur en ivoire ou en métal non oxidable, convenablement disposé, suivant la forme et l'étendue de la fistule.

507. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Fistule cutanée, 112 ; — Fistule salivaire, 514 ; — Fistule par carie de dents, 508 ; — Fistule du sinus maxillaire, 502.

FISTULE PAR CARIE DE DENTS.

508. *Signes diagnostiques.* Dans un point de la joue qui correspond à la face externe et à la base de l'os maxillaire inférieur, est une petite ulcération à bords calleux, ayant à son centre une ouverture au travers de laquelle suinte habituellement et par gouttes une sérosité purulente. Ce liquide, peu abondant, se dessèche par le contact de l'air et forme une croûte détachée bientôt par le pus qui s'amasse au-dessous d'elle. Un stylet introduit dans cette ouverture pénetre dans la bouche en se dirigeant vers la racine d'une dent voisine qu'on trouve cariée. Un liquide injecté par la même ouverture se répand aussitôt sur les gencives.

509. *Indications, moyens.* Tarir la source du pus en arrachant la dent cariée, ce qui suffit pour amener la cicatrisation du trajet fistuleux.

510. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Fistule cutanée, 112; — Fistule par altération de l'os maxillaire inférieur, 511.

FISTULE PAR ALTÉRATION DE L'OS MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

511. *Signes diagnostiques.* La joue, après avoir été le siége d'une tuméfaction inflammatoire précédée ou non d'un gonflement indolent, profond, mais suivie d'un abcès qui s'est ouvert, présente une ulcération fongueuse fournissant continuellement un pus sanieux abondant. Malgré l'écoulement de ce liquide, le gonflement n'a pas disparu entièrement, il existe encore et occupe les parties molles et l'os sous-jacent. Si l'on introduit un stylet dans le centre de cet ulcère, on peut le conduire facilement jusqu'à la surface de l'os maxillaire inférieur, qui est dénudé et qui présente les caractères de l'exostose (59), de la carie (108), de la périostose (94), ou de la nécrose (102).

512. *Indications, moyens.* S'assurer si la maladie se rattache à l'existence d'une cause interne, combattre celle-ci, et attendre l'effet du traitement mis en usage. Si cet effet est nul, ou si la lésion de l'os maxillaire est essentiellement locale, en arrêter les

progrès à l'aide des procédés chirurgicaux en rapport avec l'état pathologique des parties. (Voy. *Exostose*, *Périostose*, *Carie*, *Nécrose*.)

513. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Fistule cutanée, 112; — Fistule par carie de dents, 508; — Fistule à la joue, 505.

FISTULE SALIVAIRE PAR LÉSION DU CONDUIT PAROTIDIEN.

514. *Signes diagnostiques.* A la suite d'abcès, de plaie ou de gangrène, dans un point de la joue qui se trouve sur le trajet du canal de sténon, il existe une ouverture qui fournit sans cesse, mais surtout pendant la mastication des alimens, et quand le malade parle, un liquide ayant les caractères de la salive. Si l'on introduit un stylet dans le conduit parotidien par son orifice naturel, on voit l'extrémité de cet instrument sortir par l'ouverture fistuleuse de la joue. Si au contraire on l'introduit par l'ouverture accidentelle, on peut le conduire jusque dans la bouche.

515. *Indications*, *moyens.* Empêcher l'écoulement de la salive par l'ouverture fistuleuse; obliger cette humeur à s'écouler dans la bouche en lui ouvrant une nouvelle voie et en favorisant la réunion des bords de la fistule. On remplit la première indication en comprimant la parotide de manière à l'atrophier et empêcher ainsi la sécrétion salivaire de ce côté, ou bien en exerçant une compression sur le trajet du

conduit parotidien entre la glande et l'ouverture fistuleuse, pendant le temps nécessaire à l'occlusion de cette dernière. La seconde indication se remplit en perforant la joue de dehors en dedans, puis en facilitant la cicatrisation de l'ouverture extérieure, tandis qu'on dilate et qu'on cherche à maintenir écartés les bords de la nouvelle division, destinée à donner passage à la salive dans la bouche.

516. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Fistule à la joue, 505; — Fistule du sinus maxillaire, 502; — Fistule cutanée, 112.

PLAIE DE LA JOUE AVEC LÉSION DU CONDUIT PAROTIDIEN.

517. *Signes diagnostiques.* Un instrument vulnérant a divisé la joue dans un des points qui correspondent au canal de sténon. Si la plaie est récente, on y aperçoit les deux bouts de ce conduit; le diagnostic n'offre alors aucune difficulté. Si la plaie date de quelques jours, on en voit sortir, mêlé au pus, un liquide transparent, filant, semblable à du blanc d'œuf et dont la quantité est plus considérable, lorsque le malade parle ou prend ses repas.

518. *Indications, moyens.* Prévenir la formation d'une fistule salivaire, en ouvrant une voie à la salive dans la bouche et en empêchant ce liquide de passer par la plaie. Si la joue est divisée dans toute son épaisseur, empêcher la cicatrisation de la moitié interne de la division en y engageant un corps étranger; fa-

voriser au contraire la réunion des bords de l'autre portion. Si la joue n'est point intéressée dans toute son épaisseur, la perforer dans l'endroit qui répond à la lésion du canal, puis agir comme il est dit précédemment.

519. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Division simple de la joue avec écoulement de la salive contenue dans la bouche.

TIC DOULOUREUX, OU NÉVRALGIE FACIALE.

520. *Signes diagnostiques.* Une vive douleur se fait sentir dans un des côtés de la face, suivant le trajet d'une ou de plusieurs des branches faciales de la portion dure de la septième paire ; elle revient par accès de peu de durée, mais fréquens, pendant lesquels elle augmente peu à peu et disparaît brusquement après avoir acquis son plus haut degré d'intensité. Elle présente, en outre, quelques-uns des caractères suivans : le malade ressent dans la joue des élancemens vifs et cuisans, qui cessent et reparaissent par intervalles plus ou moins éloignés, mais qui parcourent assez constamment les mêmes parties du visage. Tantôt, c'est une douleur sourde, continue, qui augmente par degrés et ne cesse de croître que pour devenir intermittente. Ou bien la joue a été le siége d'une fluxion accompagnée de douleurs déchirantes ; peu à peu la tuméfaction a diminué, a disparu, mais la douleur par accès est restée. Tantôt cette douleur con-

siste en des élancemens rapides et instantanés, ou bien en des tiraillemens cruels qui donnent au malade la sensation de l'arrachement des chairs; parfois ce sont simplement des fourmillemens ou des espèces de commotions électriques; mais quels que soient son caractère et son intensité, la douleur part toujours d'un même point, d'où elle s'étend par irradiation aux parties voisines, c'est-à-dire aux deux mâchoires, aux dents, aux gencives, à la moitié correspondante de la langue, du palais, à l'œil, à la tempe et au front.

521. *Indications, moyens.* Diminuer ou faire cesser la douleur par l'emploi des calmans à l'intérieur et en topiques. Les moyens conseillés sont d'ailleurs très-multipliés et souvent infidèles, sans en excepter l'incision du nerf d'où semble partir la douleur.

522. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Fluxion à la joue, 486; — Odontalgie, 418; — Maladies du sinus maxillaire, 477, 483, 489, 492; — Douleur rhumatismale; — Clou hystérique.

FRACTURE DU CORPS DE L'OS MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

523. *Signes diagnostiques.* Un corps dur a frappé avec force la mâchoire inférieure, ou dans une chute le menton a violemment heurté le sol. La parole, la mastication s'exercent difficilement et avec douleur. Si l'on porte les doigts le long du bord inférieur de la mâchoire, on y rencontre bientôt une saillie plus ou

moins marquée, résultant de l'abaissement de la portion de l'os la plus voisine de la symphyse. Cette saillie est simple, s'il n'y a qu'une fracture; elle est double si le maxillaire est fracturé en deux endroits. En examinant l'arcade alvéolaire inférieure, on voit que les dents fixées à la portion d'os qui est située plus bas que le reste, sont aussi au-dessous du niveau des dents voisines. Si l'on saisit les deux côtés de la mâchoire, entre le pouce et les autres doigts de chaque main. le premier étant placé sur les dents, les seconds sur le bord opposé, et qu'on cherche à communiquer à la partie des mouvemens d'élévation et d'abaissement en sens contraires, on s'aperçoit d'une mobilité insolite dans le corps de l'os, et l'on entend en même temps la crépitation (Voy. *Fracture du condyle*, 532.)

524. Réduire les fragmens, les maintenir rapprochés pendant tout le temps nécessaire à la formation d'un cal solide, 1°. en plaçant entre les arcades dentaires une pièce de liège disposée selon la forme des parties, et de manière à loger convenablement les deux rangées de dents; 2°. en soutenant la mâchoire inférieure à l'aide d'un bandage en fronde; 3°. en empêchant toute espèce de mouvemens, au moyen d'une alimentation qui n'exige point de mastication, et en recommandant un silence absolu.

525. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Luxation d'un seul condyle de la mâchoire, 530; — Contusion de l'articulation; — Gonflement des parties molles

coïncidant avec un défaut de rapport naturel entre les dents de la mâchoire inférieure et un emphysème sous-cutané.

LUXATION DE L'OS MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

526. *Signes diagnostiques.* A la suite d'efforts quelconques pour ouvrir largement la bouche, comme dans le bâillement, le vomissement, etc., ou bien par l'effet d'une chute sur le menton, la bouche est restée ouverte; le malade ne peut rapprocher les mâchoires, soit par la contraction des muscles releveurs, soit en élevant le menton avec la main. En même temps, l'arcade dentaire inférieure chevauche devant la supérieure de telle sorte que, si le rapprochement des mâchoires pouvait avoir lieu, les dents incisives supérieures seraient cachées par les inférieures. Si l'on porte le doigt tout près et au devant de la conque de l'oreille, au-dessous de l'arcade zygomatique, là où doit se trouver le condyle, on découvre un vide formé par le côté externe de la cavité glénoïde, les joues et les tempes sont aplaties, et l'on sent, dans l'épaisseur de la joue, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur de la bouche, une saillie formée par l'apophyse coronoïde. Les lèvres ne pouvant se rapprocher, la salive s'écoule involontairement, la mastication ne peut s'exercer, l'articulation des mots est difficile et la prononciation des consonnes labiales impossible.

527. *Caractères anatomiques.* La surface articulaire

des condyles n'est plus contenue dans la cavité glénoïdale du temporal; elle est située au devant de l'éminence transverse de cet os, ayant entraîné avec elle, hors de la cavité, le fibro-cartilage inter-articulaire, et se trouvant recouverte par la capsule de l'articulation. Cette dernière est encore intacte et seulement distendue, ou présente une rupture. Il existe entre les arcades dentaires un écartement d'un pouce et demi à deux pouces; le sommet de l'apophyse coronoïde appuie sur le bord inférieur de l'os de la pommette près de la suture molaire.

S'il y a luxation d'un seul condyle, le sommet de l'apophyse coronoïde, du côté luxé, est dirigé vers la base de l'éminence malaire du maxillaire supérieur; la dernière dent molaire supérieure du côté de la luxation appuie sur l'apophyse coronoïde près de la partie inférieure de son bord antérieur.

528. *Indications, moyens.* Replacer les condyles dans leurs cavités en baissant fortement, et portant en arrière les angles de la mâchoire, au moyen d'une forte pression exercée par le pouce de chaque main sur les dernières grosses molaires inférieures, et en relevant en même temps le menton avec les autres doigts qui se trouvent placés sous lui. Prévenir la récidive en maintenant pendant un temps suffisant les mâchoires rapprochées et immobiles.

529. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Contraction spasmodique des muscles abaisseurs de la mâ-

choire; — Paralysie des releveurs; — Luxation d'un seul condyle, 530.

LUXATION D'UN SEUL CONDYLE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

530. *Signes diagnostiques.* La plupart des phénomènes indiqués précédemment (526) ont lieu; mais la dépression au-devant de l'oreille n'existe que d'un côté; le menton est porté sensiblement de l'autre, ainsi que les dents de la mâchoire inférieure; l'articulation des sons est possible, quoique pénible, et le malade parle en balbutiant.

531. *Indications, moyens.* (Voy. 528.)

FRACTURE D'UN DES CONDYLES ET DE LA BRANCHE DE LA MACHOIRE.

532. *Signes diagnostiques.* A la suite d'une forte percussion sur un des côtés de la face, il est resté dans le lieu frappé une douleur profonde qu'augmentent tous les mouvemens de la mâchoire, surtout ceux de mastication. Cette douleur a son siége au devant et près de l'oreille, si c'est le col qui est fracturé, ou profondément au-dessous du massèter, si c'est le corps. Dans le premier cas, s'il y a peu de gonflement, le doigt reconnaît facilement l'existence de la solution de continuité, par la saillie du fragment supérieur ou la mobilité du fragment inférieur.

Dans l'une et l'autre circonstance, les mouvemens de la mâchoire, de même qu'une pression exercée convenablement sur le point douloureux, déterminent une crépitation plus ou moins sensible, mais très-manifeste si l'on ausculte la partie.

533. *Indications, moyens.* Réduire la fracture, s'il y a déplacement, la maintenir réduite et favoriser la formation du cal en tenant continuellement les deux mâchoires rapprochées et en y interdisant tout mouvement.

534. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Luxation d'un condyle, 530; — Contusion de l'articulation ou des parties molles qui l'avoisinent.

RÉGION PAROTIDIENNE (*).

Tumeur ou tuméfaction.	Exubérance de la parotide. . . .	535
	Engorgement squirrheux de la parotide.	541
	Engorgement des ganglions lymphatiques..	538
	Oreillon et parotide.	544
	Bouton cancéreux (Voy. *Région genale*).	480
	Verrue (Voy. *Région génale*). . . .	499
	Voy. *Tumeur*, au tableau des *Maladies communes*.	
Douleur.	Névralgie (Voy. *Tic douloureux*). .	520
	Engorgement des ganglions lymphatiques.	538
	Oreillon et parotide.	544
	Voy. *Douleur*, au tableau des *Maladies communes*.	
Solution de continuité.	Plaie de la parotide.	551
	Fistule-salivaire par lesion de la parotide.	548
	Voy. *Solution de continuité*, au tableau des *Maladies communes*.	

(*) Bornée, *en haut*, par le conduit auditif et l'apophyse mastoïde; *en bas*, par une ligne horizontale partant de l'angle de la mâchoire pour s'unir au bord antérieur du muscle sterno mastoïdien; *en avant*, par le bord postérieur de l'os maxillaire inférieur, *en arrière*, par le bord antérieur du sterno mastoïdien.

EXUBÉRANCE DE LA PAROTIDE.

535. *Signes diagnostiques.* Dans le lieu qu'occupe la glande parotide, est une tumeur de forme irrégulière, ayant à sa surface de nombreuses saillies, et dépassant le volume ordinaire de cet organe. Cette tumeur est en outre peu rénitente et sans douleur.

536. *Indications, moyens.* Prévenir l'accroissement de cette tumeur et remédier à la difformité qu'elle occasione, en pratiquant son ablation.

537. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Engorgement des ganglions lymphatiques de la région parotidienne, 538; — Tumeurs diverses. (Voy. *Tumeur*, au tableau des *Maladies communes*, pag. 4.)

ENGORGEMENT DES GANGLIONS LYMPHATIQUES.

538. *Signes diagnostiques.* Chez un individu qui présente des symptômes de scrophule ou les attributs du tempérament lymphatique, il s'est formé entre l'oreille et la branche de la mâchoire, une tumeur dure, indolente, un peu mobile, lentement accrue et ayant débuté par l'apparition d'un ou de plusieurs petits noyaux globuleux, durs, roulant sous la peau.

539. *Indications, moyens.* (Voy. 593.)

540. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Engorgement squirrheux, 541; — Exubérance de la parotide, 535; — Tumeurs diverses. (Voy. *Maladies communes.*)

ENGORGEMENT SQUIRRHEUX DE LA PAROTIDE.

541. *Signes diagnostiques.* Une tumeur se présente dans le lieu occupé ordinairement par la parotide; cette tumeur est profondément située, dure, rénitente, immobile, indolente, sans inégalités à sa surface et sans changement d'état de la peau. Ces phénomènes ayant duré un certain temps, ceux du cancer se déclarent. (Voy. *Cancer.*)

542. *Indications, moyens.* Tenter la résolution de cet engorgement à l'aide d'un traitement interne en rapport avec la cause présumée. Si les moyens mis en usage sont sans effet, et qu'en même temps la tumeur occasione peu de gêne, l'abandonner à elle-même. Si, au contraire, elle devient très-douloureuse et menace les jours du malade en gênant la déglutition, la respiration, en comprimant les gros vaisseaux voisins, on peut en tenter l'extirpation.

543. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Engorgement des ganglions lymphatiques, 538; — Exubérance de la parotide, 535; — Tumeurs diverses. (Voy. *Maladies communes.*)

OREILLON ET PAROTIDE.

544. *Signes diagnostiques.* A la suite de quelques symptômes fébriles et d'une douleur fixe locale, un gonflement a paru dans la région occupée par la

glande parotide. Ce gonflement est pâteux ; d'abord limité et sans changement d'état de la peau, il s'étend peu à peu et présente les caractères du phlegmon ; ou bien (ordinairement vers le quatrième jour) la partie tuméfiée s'affaisse, la peau qui la recouvre devient flasque, se ride et offre à sa surface une exhalation séreuse qui annonce la disparition prochaine de la maladie. En même temps, et selon son étendue, cette tuméfaction s'accompagne de l'engorgement des ganglions lymphatiques, ou des glandes placées dans le voisinage, de gêne dans les mouvemens de la mâchoire, de difficulté ou d'impossibilité de respirer ou d'avaler. (*Oreillon.*)

545. Pendant le cours ou au déclin d'une maladie générale de mauvais caractère, la région parotidienne est devenue le siége d'une douleur fixe, puis d'un engorgement d'abord profond, dur, immobile, et qui offre bientôt les symptômes ordinaires du phlegmon, se termine par suppuration, résolution, induration, métastase ou gangrène. Cet engorgement paraît se lier intimement à l'affection générale qu'il complique ; et suivant la manière dont il se termine, il est suivi de l'augmentation ou de la diminution d'intensité des symptômes généraux. (*Parotide symptomatique.*)

546. *Indications*, *moyens*. Si le gonflement de la parotide est idiopathique, peu volumineux, et sans symptômes d'inflammation, en provoquer la résolution à l'aide des répercussifs et des dérivatifs, ou seu-

lement en tenant les parties à l'abri du contact de l'air et du froid, par l'application d'un corps susceptible d'y entretenir une température douce et égale. S'il est très-étendu, inflammatoire, prévenir sa terminaison par induration, gangrène ou métastase, et faciliter celle par suppuration.

Si la *parotide* est symptomatique, favoriser sa terminaison par suppuration et combattre en même temps la maladie avec laquelle elle coïncide.

547. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Engorgement des ganglions lymphatiques, 538; — Phlegmon, 86; — Tumeurs diverses. (*Voy.* pag. 4.)

FISTULE SALIVAIRE PAR LÉSION DE LA GLANDE PAROTIDE.

548. *Signes diagnostiques.* Sur un point de la région parotidienne, à la suite de plaie ou d'inflammation terminée par suppuration, il s'est formé une petite ouverture ayant ou non une fongosité à son centre et fournissant habituellement un liquide plus ou moins transparent, filant, qui possède les caractères de la salive. Si l'on introduit un stylet dans le canal parotidien, on ne peut le faire sortir par l'ouverture fistuleuse; mais il parcourt toute l'etendue de ce conduit, qu'il trouve libre jusqu'à la glande.

549. *Indications, moyens.* Mettre les bords de l'ouverture fistuleuse dans les conditions nécessaires pour leur adhésion, en les cautérisant ou les excitant; les maintenir rapprochés afin de favoriser leur réunion;

enfin, exercer sur eux une compression suffisante pour prévenir l'écoulement de la salive par cette voie.

550. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Fistule cutanée, 112; — Fistule salivaire par lésion du canal parotidien, 514.

PLAIE DE LA PAROTIDE.

551. *Signes diagnostiques.* Un instrument vulnérant a intéressé les parties molles de la région parotidienne; la plaie fournit avec du pus un liquide filant dont la quantité augmente dans certains momens, surtout pendant la mastication des alimens.

552. *Indications, moyens.* Rapprocher promptement les bords de la division, et s'opposer à la sortie ultérieure de la salive au moyen d'une compression méthodique, et en faisant observer au malade un régime sévère, le silence et le repos.

RÉGION AURICULAIRE.

Conduit auditif.	Affaiblissement, perte ou perversion de l'ouïe. .	Absence du conduit auditif.	555
		Imperforation du conduit auditif.	560
		Oblitération par accumulation du cérumen.	558
		Occlusion congéniale du conduit auditif.	556
		Oblitération du conduit auditif par rapprochement de ses parois.	562
		Otite.	575
		Polype dans le conduit auditif.	564
		Otalgie.	579
	Écoulement insolite. . .	Destruction de la membrane du tympan avec carie des osselets.	567
		Abcès de l'amygdale ouvert dans l'oreille.	566
		Fistule des parois du conduit auditif.	569
		Polype dans le conduit auditif.	564
		Ulcération de la muqueuse du conduit auditif. . . .	572
		Otite.	575
	Douleur.	Otite.	575
		Fistule des parois du conduit auditif.	569
		Polype dans le conduit aud.	564
		Ulcération de la muqueuse du conduit auditif. . . .	572
		Otalgie.	579

ABSENCE DU CONDUIT AUDITIF.

553. *Signes diagnostiques.* Chez un individu qui ne possède point la faculté d'entendre, on n'aperçoit aucune ouverture à l'endroit où le conduit auditif doit exister. Si l'on comprime cette partie avec le doigt, on éprouve une très-grande résistance, qui paraît due à la présence d'une surface osseuse.

554. *Indications, moyens.* Cette absence du conduit auditif laissant dans l'incertitude sur la bonne conformation ou même l'existence de l'oreille interne, il ne peut y avoir aucune indication méthodique.

555. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Occlusion du conduit auditif, 558, 560, 562 ; — Imperforation du conduit auditif, 560.

OCCLUSION CONGÉNIALE DU CONDUIT AUDITIF.

556. *Signes diagnostiques.* La faculté d'entendre existe, mais ne s'exerce qu'imparfaitement : on aperçoit à l'entrée ou dans le trajet du conduit auditif d'une seule ou des deux oreilles, une membrane, ordinairement brunâtre, qui en interrompt la continuité.

557. *Indications, moyens.* Rétablir la continuité du conduit auditif en incisant crucialement la cloison membraneuse, et en excisant une partie des lambeaux résultant de la division. Si la membrane est

située très-profondément, et appliquée sur celle du tympan, la détruire peu à peu par l'emploi de la pierre infernale.

OBLITÉRATION DU CONDUIT AUDITIF PAR L'ACCUMULATION DU CÉRUMEN.

558. *Signes diagnostiques.* L'ouïe est dure. Cette incommodité s'est développée très-lentement par degrés, sans douleur et sans écoulement par l'oreille; aucun corps étranger n'a été introduit dans le conduit auditif, et cependant on y aperçoit un corps brunâtre au lieu d'une membrane blanche, comme demi-transparente, ainsi que cela existe dans l'état naturel. Si, en raison de l'étroitesse et des sinuosités contre nature du conduit auditif, il est impossible d'apercevoir son fond, on rencontre dans l'oreille, en la sondant, un corps dur que le stylet mousse dont on sert peut frapper sans occasioner aucune sensation désagréable, ce qui n'aurait pas lieu si la membrane du tympan était libre. Ce corps peut se ramollir en maintenant pendant quelque temps de l'huile ou de l'eau chaude dans l'oreille; on peut ensuite l'extraire par portion, et l'on reconnaît alors qu'il est formé par du cérumen accumulé et durci.

559. *Indications, moyens.* Désobstruer le conduit auditif en enlevant avec une curette le cérumen préalablement ramolli.

IMPERFORATION DU CONDUIT AUDITIF.

560. *Signes diagnostiques.* Il y a surdité de naissance ; on n'aperçoit pas de conduit auditif ; mais en pressant avec le doigt ou une sonde mousse le point qu'il doit occuper, on sent dans ce lieu un défaut de résistance dû à la présence d'une cavité sous-jacente.

561. *Indications, moyens.* (Voy. 557.)

OBLITÉRATION DU CONDUIT AUDITIF PAR RAPPROCHEMENT DE SES PAROIS.

562. *Signes diagnostiques.* L'ouïe est nulle ou imparfaite ; le conduit auditif est bouché ; ses parois sont aplaties, rapprochées, seulement contiguës, et permettent encore l'introduction d'un stylet, ou bien sont réunies par une cicatrice plus ou moins complète.

563. *Indications, moyens.* Rétablir le conduit auditif en divisant les parties molles réunies et en écartant ses parois à l'aide d'un trocart, prévenir son occlusion nouvelle en y maintenant une tente ou même une canule jusquà parfaite cicatrisation.

POLYPES DANS LE CONDUIT AUDITIF.

564. *Signes diagnostiques.* L'audition s'est affaiblie lentement et sans douleur ; le conduit auditif est le siége d'un écoulement puriforme habituel ; à son ori-

fice ou dans son trajet, plus ou moins profondément, on aperçoit un petit tubercule mou, blanchâtre, luisant, indolent, saignant au moindre contact, autour duquel suinte un liquide sanieux, fétide.

565. *Indications, moyens.* Extirper cette tumeur. Si elle est très-petite, il suffit de presser fortement sur son pédicule avec un cure-oreille pour la détacher. Si, au contraire, elle est très-volumineuse et remplit le conduit auditif, ou si elle s'insère par une large base, il est nécessaire d'en pratiquer la ligature.

ABCÈS DE L'AMYGDALE OUVERT DANS LE CONDUIT AUDITIF.

566. *Signes diagnostiques.* Du pus s'écoule abondamment par le conduit auditif, il n'y a eu précédemment aucune tuméfaction dans le voisinage de l'oreille. Mais des symptômes d'amygdalite intense ont lieu : en examinant l'amygdale du même côté, on la trouve gonflée; et si on la comprime avec le doigt, on voit sortir du pus en plus grande quantité par l'oreille.

DESTRUCTION DE LA MEMBRANE DU TYMPAN AVEC CARIE DES OSSELETS DE L'OUÏE.

567. *Signes diagnostiques.* Du pus s'écoule continuellement et en assez grande quantité par le conduit auditif : des douleurs profondes dans l'oreille ont précédé cet écoulement, quelques petits fragmens osseux ont été entraînés au dehors par le liquide purulent.

Lorsque le malade fait une forte expiration en fermant la bouche et le nez, l'air sort en sifflant par l'oreille ; le liquide qu'on injecte dans le méat auditif passe dans l'arrière-bouche.

568. *Indications, moyens.* Empêcher l'introduction de l'air, des corps étrangers ou des sons trop aigus, dans l'oreille, en tenant le conduit auditif constamment bouché ; arrêter les progrès de la carie, en facilitant l'écoulement du pus et en combattant la cause interne qui a pu lui donner naissance.

FISTULE DANS LE CONDUIT AUDITIF. (*Suite d'abcès.*)

569. *Signes diagnostiques.* Un écoulement de pus a lieu par le conduit auditif ; il a été précédé du développement d'une tumeur phlegmoneuse dans le voisinage de l'oreille. Cette tumeur, après avoir offert tous les symptômes du phlegmon terminé par suppuration s'est affaissée aussitôt que l'écoulement par l'oreille s'est manifesté. Quand on la comprime, on voit le pus sortir en plus grande quantité.

570. *Indications, moyens.* Pratiquer une ouverture extérieure d'une étendue suffisante pour donner une libre issue au pus et empêcher ainsi son écoulement dans le conduit auditif.

571. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Ulcération de la muqueuse du conduit auditif, 572 ; — Abcès de l'amygdale ouvert dans le conduit auditif, 566.

ULCÉRATION DE LA MUQUEUSE DU CONDUIT AUDITIF.

572. *Signes diagnostiques.* Un liquide purulent, peu abondant, suinte par l'oreille; cet écoulement n'a pas été précédé d'abcès dans le voisinage; l'ouïe n'est point altérée; une ulcération plus ou moins profonde se fait voir à l'entrée du méat auditif, ou bien, la courbure de ce canal ou son étroitesse ne laissant rien apercevoir, si l'on passe un stylet ou une petite curette sur ses parois, on occasionne une vive douleur et la matière qui s'écoule devient sanguinolente aussitôt.

573. *Indications, moyens.* Combattre la cause de nature dartreuse ou autre à laquelle on peut attribuer l'ulcération, par l'emploi des remèdes intérieurs convenables; détourner l'irritation en plaçant un exutoire sur une partie voisine, la calmer et nettoyer le conduit auditif au moyen d'injections émollientes.

574. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Otite, 575; — Fistule des parois du conduit auditif, 569. — Polype dans le conduit auditif, 564.

OTITE.

575. *Signes diagnostiques.* L'oreille est le siége d'une douleur plus ou moins vive, accompagnée de sifflement, de bourdonnement ou même de l'affaiblissement de l'ouïe. Si l'on examine, à la lumière d'un

rayon solaire, l'intérieur du conduit auditif, on voit sa membrane rouge, gonflée, comme villeuse.

Cet état ayant duré de deux à quatre jours, il s'établit par l'oreille un suintement séreux ou séro-sanguin, suivi bientôt de l'écoulement d'un liquide jaunâtre, puriforme, très-fétide, de plus en plus abondant. (*Otite externe.*)

576. Ou bien une douleur profonde s'est déclarée dans l'oreille; elle augmente par le bruit et par la mastication; elle est accompagnée d'hallucinations de l'ouïe, de surdité complète, et de céphalalgie très-forte, occupant le côté de l'oreille malade. Ordinairement, il existe aussi des symptômes d'angine pharyngienne. Le conduit auditif exploré, on le trouve dans l'état ordinaire. Ces phénomènes ayant persisté pendant plusieurs jours sans qu'aucun écoulement se soit manifesté, pas même un suintement séreux, tout à coup un liquide purulent jaunâtre, bien lié, mêlé d'abord à des stries sanguinolentes, s'échappe avec force par le conduit auditif, et les symptômes s'apaisent. En même temps, ou sans que cet écoulement ait lieu, le malade rejette par les crachats une matière puriforme qu'il sent couler dans sa gorge et qui l'incommode. (*Otite interne.*)

577. *Indications, moyens.* Prévenir, dans le commencement, la formation du pus, en combattant cette inflammation par les moyens locaux et généraux employés pour la plupart des phlegmasies. Dans l'otite interne, si le pus est déjà formé, l'évacuer en prati

quant la perforation du tympan. Dans tous les cas, s'assurer de la cause et la combattre, selon sa nature vénérienne, scrophuleuse, dartreuse ou autre.

578. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Ulcération de la muqueuse du conduit auditif, 572; — Abcès de l'amygdale ouvert dans l'oreille, 566; — Fistule des parois du conduit auditif, 569; — Otalgie, 579.

OTALGIE.

579. *Signes diagnostiques.* A la suite d'odontalgie, de névralgie faciale ou de douleurs rhumatismales vagues, ou bien spontanément, une douleur aiguë, profonde, se fait sentir dans le conduit auditif. Cette douleur, accompagnée de tintemens d'oreille et de surdité passagère, survient par accès plus ou moins longs, dans lesquels, après avoir atteint son plus haut degré d'intensité, elle disparaît pour s'irradier quelquefois dans la tempe, la joue ou les autres parties de la face. Si l'on examine le méat auditif, on n'y trouve ni rougeur, ni gonflement; la membrane du tympan a conservé aussi son aspect ordinaire.

580. *Indications, moyens.* Calmer la douleur par les moyens indiqués pour les autres névralgies.

581. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Otite, 575; — Odontalgie, 418; — Tic douloureux, 520.

MALADIES DU COU.

Tumeur ou tuméfaction.	Tumeur enkystée du cou.	595
	Goître.	588
	Tuméfaction de la glande sous-maxillaire.	582
	Tumeur par engorgement du canal de Warthon.	585
	Abcès formé dans le médiastin.	629
	Engorgement des ganglions lymphatiques du cou.	592
	Voy. *Tumeur*, au tableau des *Maladies communes.*	
Torsion et gêne des mouvemens du cou.	Luxation des vertèbres.	599
	Affection rhumatismale.	602
	Paralysie d'un des muscles sterno-mastoïdiens.	605
	Contraction spasmodique d'un des sterno-mastoïdiens..	608
	Contraction spasmodique du muscle peaucier.	611
Douleur..	Angine laryngée.	614
	Angine trachéale..	618
	Croup.	621
	Phthisie laryngée.	625
	Rupture de l'œsophage..	632
	Abcès formé dans le médiastin.	629
	Voy. *Douleur*, au tableau des *Maladies communes.*	

Gène ou impossibilité de la déglutition.	Corps étranger dans les voies aériennes.	635
	Dysphagie par paralysie de l'œsophage.	638
	— par oblitération de l'œsophage.	640
	— spasmodique.	645
	Corps étranger dans l'œsophage.	643
Gène de la respiration.	Œdème de la glotte.	648
	Croup.	621
	Angines.	614, 618
Solution de continuité.	Plaie avec lésion de gros vaisseaux.	652
	— avec emphysème.	654
	— avec lésion de la moelle épinière.	656
	— avec lésion d'un nerf.	657
	— avec ouverture de la paroi inférieure de la bouche.	659
	— avec ouverture du pharynx.	661
	— avec ouverture du larynx.	663
	— avec ouverture de la trachée artère.	665
	Fracture des vertèbres.	671
	Fistule de l'œsophage.	667
	— de la trachée artère.	669

TUMÉFACTION DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE, PAR RÉTENTION DE LA SALIVE.

582. *Signes diagnostiques.* Au-dessous, et un peu en avant de l'angle de la mâchoire, s'est formée une tumeur globuleuse, mobile, douloureuse, surtout au toucher, et sans changement d'état de la peau. Cette tumeur diminue de volume par le repos, l'emploi

de topiques émolliens, et lorsqu'on la comprime de manière à faire couler la salive dans la bouche; elle augmente, au contraire, lorsque le malade parle ou mâche des substances un peu dures.

583. *Indications, moyens.* Faire cesser d'abord l'irritation locale par des applications émollientes, s'assurer ensuite s'il n'existe pas quelqu'obstacle au cours de la salive dans le trajet du canal de Warthon. (Voy. *Grenouillette*, 586.)

584. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Engorgement des ganglions lymphatiques, 592; — Grenouillette, 585; — Tumeurs diverses. (Voy. *Tumeur*, au tableau des *Maladies communes.*)

TUMEUR PAR ENGORGEMENT DU CANAL DE WARTHON, OU GRENOUILLETTE.

585. *Signes diagnostiques.* Dans l'épaisseur de la paroi inférieure de la bouche, derrière le corps de la mâchoire, près de sa partie moyenne, est une tumeur indolente, qui s'est développée lentement et sans symptômes inflammatoires; elle est dure, rénitente, et fait saillie à l'intérieur de la bouche dans le lieu qu'occupe le canal de Warthon, présente enfin tous les caractères de la grenouillette. (Voy. 595.)

586. *Indications, moyens.* (Voy. 596.)

587. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Tuméfaction de la glande sous-maxillaire, 582; — Engorgement des ganglions lymphatiques, 592; — Tumeurs

diverses. (Voy. *Tumeur*, au tableau des *Maladies communes*.)

GOÎTRE.

588. *Signes diagnostiques.* A la partie antérieure et moyenne du cou, dans le lieu occupé par le corps thyroïde, il existe une tumeur dont le volume s'est accru d'une manière lente et graduée, ou brusquement et rapidement, mais sans changement d'état de la peau. Cette tumeur, plus ou moins bien circonscrite ou confondue avec les parties molles environnantes et dont l'étendue est alors difficilement appréciable, est molle, pâteuse, globulaire, et figure, lorsqu'elle occupe toute l'étendue du corps thyroïde, un croissant dont les pointes se dirigent en haut et sur les côtés du larynx. Peu mobile à sa partie moyenne, elle l'est davantage vers ses bords, et partage tous les mouvemens du larynx pendant la déglutition ou l'exercice de la parole.

Si la tumeur est très-développée et s'étend sur le trajet des carotides, on y remarque des mouvemens alternatifs, non de dilatation et de resserrement, mais de soulèvement et d'abaissement, mouvemens qu'on rend moins sensibles ou qu'on fait disparaître en faisant pencher en avant la tête du malade.

Si le goître est ancien, on peut le trouver compliqué de squirrhe, de cancer, de phlegmon, d'abcès. (*Voy.* ces mots.)

Dans la plupart des cas, la maladie peut être attri-

buée à une ou à plusieurs des causes suivantes : l'hérédité, l'habitation dans des lieux humides et chauds ou dans des pays montagneux ; les scrophules ; de violens efforts respiratoires, comme dans l'accouchement ou dans le transport de lourds fardeaux, etc.

589. *Caractères anatomiques.* La tumeur est unique ou divisée en plusieurs lobes ; elle est formée aux dépens du corps thyroïde lui-même, dont le tissu présente une ou plusieurs des altérations ou transformations dont voici les plus ordinaires :

La thyroïde ne paraît avoir subi aucune altération remarquable, sinon que son volume est plus considérable, qu'elle est comme hypertrophiée, plus dense et infiltrée d'une humeur visqueuse plus abondante ; que sa disposition lobulée, vésiculaire, est plus apparente ; enfin, que ses vaisseaux sont plus développés, gorgés de sang, et ses nerfs plus volumineux.

Le tissu de la thyroïde présente des traces évidentes d'inflammation plus ou moins ancienne et intense, comme ramollissement, induration, gonflement, infiltration ou collection de pus.

La tumeur paraît essentiellement formée par l'agglomération de kystes plus ou moins nombreux et volumineux, de nature hydatique ou autre, renfermant un liquide, tantôt clair, limpide, séreux, tantôt albumineux, visqueux, gélatiniforme, diversement coloré et plus ou moins transparent.

Enfin, la substance du corps thyroïde est transfo-

mée, soit en partie, soit en totalité, en un ou plusieurs tissus accidentels avec ou sans analogie dans l'économie; ainsi on y trouve du tissu fibreux, fibro-cartilagineux ou osseux, disposé par plaques ou en noyaux; du tissu squirrheux, encéphaloïde, ou même des concrétions pierreuses.

590. *Indications, moyens.* 1°. Résoudre la tumeur, ou bien prévenir ou modérer son accroissement; 2°. obvier aux inconvéniens ou aux dangers que sa présence occasione, et qui résultent de la compression qu'elle exerce sur la trachée artère, les gros vaisseaux du cou, ou l'œsophage; 3°. combattre ses diverses complications. On remplit ces indications en détruisant, si cela est possible, la cause à laquelle on peut attribuer le développement du goître; en employant, soit à l'intérieur, soit en topiques, des médicamens fondans, résolutifs (les préparations d'iode en particulier); en favorisant le ramollissement, la suppuration de la tumeur, si elle paraît tendre à cette terminaison; en y pratiquant une ouverture à l'aide d'un trocart ou de la potasse caustique, si on y découvre de la fluctuation, et dans ce cas, en favorisant l'évacuation du liquide, et le recollement des parois du kyste, au moyen d'injections irritantes, du séton ou de l'excision. L'extirpation ne pourrait être tentée, sinon en totalité, au moins en partie, que dans le cas où la tumeur exposerait les jours du malade soit par sa nature, soit par ses ef-

fets sur les organes voisins, ou si elle était formée par un kyste et qu'on pût aisément en reconnaître les limites.

591. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Loupes, 74 ; — Anévrisme de l'artère carotide primitive (Voy. *Anévrisme* 20) ; — Engorgement des ganglions lymphatiques du cou, 592 ; — Tumeur enkystée du cou ; 595 ; — Tumeurs diverses. (Voy. *Tumeur*, au tableau des *Maladies communes.*)

ENGORGEMENT DES GANGLIONS LYMPHATIQUES DU COL.

592. *Signes diagnostiques.* Sur les parties latérales du cou (ordinairement au bas de la région parotidienne ou aux environs de la glande sous-maxillaire), on sent une ou plusieurs tumeurs superficielles, globulaires, mobiles, indolentes, sans changement de couleur à la peau, réunies en une masse irrégulière, bosselée, dont l'accroissement est très-lent.

Ou bien, les phénomènes précédens ayant eu lieu pendant un certain temps, la peau s'altère, devient livide, rougeâtre; la tumeur s'amollit inégalement; dans quelques-uns de ses points, elle présente de la fluctuation, tandis que dans d'autres elle conserve sa dureté primitive; la peau blanchit, s'ouvre en plusieurs endroits, et de ces ouvertures s'échappe habituellement une matière purulente claire, mêlée d'abord à des flocons albumineux, caséiformes, et devenant ensuite plus ténue.

On remarque chez le malade des symptômes plus ou moins marqués de scrophules, ou au moins les signes du tempérament lymphatique.

593. *Indications, moyens.* Si l'engorgement est récent, indolent et dur, exciter l'absorption dans les parties qu'il occupe, par des topiques répercussifs ou l'application constante de corps mauvais conducteurs du calorique, comme la peau de certains animaux, les étoffes de laine, etc. Si la peau commence à s'altérer, hâter la formation du pus au moyen de substances résolutives. Si les symptômes inflammatoires marchent rapidement, attendre l'ouverture spontanée de la tumeur. Si, au contraire, la suppuration se fait avec lenteur, pratiquer une incision, dès qu'on commence à sentir la fluctuation. Dans tous les cas, combattre le vice scrophuleux par l'emploi d'un traitement interne méthodique.

594. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Engorgemens de la parotide (541, 544, 555), de la glande sous-maxillaire, 582; — Engorgement du conduit de sténon, 585.

TUMEUR ENKYSTÉE DU COL.

595. *Signes diagnostiques.* A la partie antérieure et moyenne du cou, entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, existe une tumeur arrondie, offrant, au toucher, de la rénitence et une surface unie. Si l'on y pratique une incision ou qu'au bout d'un certain

temps la peau se soit enflammée et ouverte, il en sort un liquide jaunâtre, un pus visqueux; alors ses parois s'affaissent et l'ouverture reste fistuleuse.

596. *Caractères anatomiques.* Cette tumeur, placée entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, sur la membrane qui les unit, derrière le muscle thyro-hyoïdien et le peaucier, est formée par un kyste bien organisé contenant une humeur jaunâtre, visqueuse.

597. *Indications, moyens.* Abandonner cette tumeur à elle-même, n'y point pratiquer d'ouverture qui dégénérerait nécessairement en fistule.

598. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Goître, 588; — Tumeurs diverses. (Voy. *Tumeur*, au tableau des *Maladies communes.*)

TORTICOLIS PAR LUXATION D'UNE APOPHYSE OBLIQUE D'UNE DES VERTÈBRES DU COU.

599. *Signes diagnostiques.* A la suite d'un mouvement très-brusque de rotation ou de flexion de la colonne cervicale, avec inclinaison forcée de la tête, cette dernière est restée penchée sur une épaule, la face dirigée du même côté. Le malade ne peut ramener le cou à sa rectitude première, ni tourner le visage du côté opposé. Si, saisissant sa tête, on cherche à rendre à celle-ci sa situation naturelle, on ne peut y parvenir, quelqu'effort qu'on fasse. En examinant la partie postérieure du cou, dans le point où le malade accuse de la douleur, on remarque au de-

rangement dans la série des apophyses épineuses. Toutes celles situées au-dessus de la luxation, sont déviées brusquement à droite ou à gauche, relativement aux vertèbres qui les suivent inférieurement, et forment par leur ensemble une ligne oblique, qui se dirige du côté opposé, c'est-à-dire, du côté où la tête est portée. Il n'existe, d'ailleurs, aucune altération qui puisse rendre raison de cette difformité, comme spasme, paralysie des muscles trapèzes, scalènes, sterno-mastoïdiens, etc.

600. *Indications, moyens.* Tout effort de réduction ne pouvant qu'être funeste au malade, et la réduction étant le seul moyen de remédier à cette difformité, on doit abandonner celle-ci à elle-même.

601. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Torticolis par affection rhumatismale, par paralysie du sterno-mastoïdien, par contraction spasmodique d'un des muscles sterno-mastoïdiens, par contraction spasmodique d'un des muscles peauciers, 602, 605, 608, 611.

TORTICOLIS PAR AFFECTION RHUMATISMALE.

602. *Signes diagnostiques.* Des douleurs violentes se font sentir dans les muscles du cou et gênent les mouvemens de la tête, qui se trouve ordinairement penchée et dans une attitude gênante ; ces douleurs augmentent par la pression, sont accompagnées, dans la plupart des cas, du gonflement des parties, et

coïncident avec d'autres douleurs ambulantes ayant leur siége dans les organes musculaires ou fibreux des diverses régions du corps.

603. *Indications, moyens.* Faire cesser les douleurs et rendre aux parties la liberté des mouvemens en combattant l'affection rhumatismale.

604. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Torticolis par luxation des vertèbres, spasme ou paralysie des muscles sterno-mastoïdien ou peaucier, 599, 605, 608, 611.

TORTICOLIS PAR PARALYSIE D'UN DES MUSCLES STERNO-MASTOÏDIENS.

605. *Signes diagnostiques.* La face est habituellement et involontairement tournée d'un côté, et la tête, penchée vers l'épaule opposée, ne peut être ramenée à sa rectitude ordinaire par la seule contraction des muscles; elle peut, cependant, être redressée avec facilité avec les mains; mais aussitôt qu'elle cesse d'être soutenue, elle revient à son premier état; tous les muscles du cou ont leur souplesse accoutumée.

606. *Indications, moyens.* La paralysie se trouvant liée, dans la plupart des cas, à une lésion cérébrale, on doit d'abord combattre cette cause. Si cela ne suffit pas, rendre à la tête sa direction naturelle en la soutenant à l'aide d'un appareil mécanique convenablement disposé, ou bien en faisant la section du

muscle sain qui se trouve du côté opposé à celui vers lequel la face est dirigée.

607. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Torticolis par luxation des vertèbres, affection rhumatismale, contraction spasmodique dans les muscles sterno-mastoïdien ou peaucier, 599, 602, 608, 611.

TORTICOLIS PAR CONTRACTION SPASMODIQUE D'UN DES MUSCLES STERNO-MASTOÏDIENS.

608. *Signes diagnostiques.* La tête est constamment penchée sur une épaule et la face dirigée vers le côté opposé. Si l'on cherche à ramener la tête du malade dans la position qu'elle doit occuper, on sent une très-forte résistance; et si après l'avoir redressée on l'abandonne à elle-même, au lieu de revenir lentement, comme par son propre poids, à la direction qu'elle vient de quitter, elle la reprend aussitôt par un mouvement brusque et involontaire. En touchant le muscle sterno-mastoïdien vers lequel la tête est penchée, on le trouve dur, contracté; c'est ce muscle qui est malade.

609. *Indications, moyens.* Rechercher et faire cesser la cause de ce spasme. Il suffit, dans la plupart des cas, de lui opposer un traitement antiphlogistique et anti-spasmodique local et général. Si ces moyens sont infructueux, et que l'affection ne soit pas assez ancienne pour qu'on pût croire à l'existence

d'une maladie des vertèbres du cou, couper en travers le muscle contracté.

610. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Torticolis par luxation des vertèbres, affection rhumatismale, paralysie d'un des sterno-mastoïdiens, spasme d'un des muscles peauciers, 599, 602, 605, 611.

TORTICOLIS PAR CONTRACTION SPASMODIQUE D'UN DES MUSCLES PEAUCIERS.

611. *Signes diagnostiques.* La tête est penchée en avant et latéralement ; en même temps la figure est tournée vers l'épaule opposée. Du côté de l'inclinaison, les traits de la face, la commissure des lèvres surtout, sont tirés en dehors et en bas, ce qui donne au visage un aspect désagréable qui augmente lorsque le malade veut ramener la tête à sa position naturelle. Si l'on examine le côté du cou vers lequel la tête est attirée, on sent, dans le lieu occupé par les fibres du muscle peaucier, une tension inaccoutumée, un tiraillement de la peau à-peu-près semblable à celui que produisent ordinairement les cicatrices de brûlures ou de larges ulcérations de cette partie.

612. *Indications, moyens.* Faire cesser le spasme musculaire soit au moyen des émolliens, des relâchans et des antispasmodiques, si l'affection paraît tout-à-fait locale ; dans le cas contraire rechercher et combattre la cause à laquelle il se lie.

613. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Torticolis

par luxation des vertèbres du cou, affection rhumatismale, paralysie ou spasme d'un des sterno-mastoïdiens, 599, 602, 605, 608.

ANGINE LARYNGÉE.

614. *Signes diagnostiques.* Le malade ressent une douleur continue plus ou moins vive dans la région du larynx ; cette douleur est augmentée par l'inspiration, par l'action de parler, par la pression ; la déglutition, encore facile, l'augmente aussi, à cause des mouvemens d'élévation qu'elle exige de la part du larynx. La voix est aiguë, sifflante, tremblante ; il y a soif continuelle. La respiration est fréquente, laborieuse, s'accompagne d'une espèce de sifflement. En même temps il existe une fièvre continue plus ou moins forte.

615. *Caractères anatomiques.* La membrane muqueuse du larynx présente des traces d'inflammation, telles que rougeur, injection, épaississement, ramollissement, ulcérations, aphthes, etc., selon le degré d'intensité de la maladie.

616. *Indications, moyens.* Faire cesser l'inflammation locale à l'aide d'un traitement antiphlogistique ou révulsif, en raison de l'état du sujet et du degré de l'affection.

617. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Angine trachéale, 618 ; — Croup, 621.

ANGINE TRACHÉALE.

618. *Signes diagnostiques.* La plupart des symptômes de l'angine laryngée existent; mais la douleur se fait particulièrement sentir derrière le sternum.

619. *Indications, moyens.* (Voy. 616.)

620. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Angine laryngée, 614; — Croup, 621; — Catarrhe pulmonaire.

CROUP.

621. *Signes diagnostiques.* Le malade (ordinairement un enfant d'un an au moins, ou de sept ans au plus) est pris tout à coup de gêne de la respiration, d'anxiété, de toux fréquente, accompagnée d'un bruit extraordinaire, pouvant être comparé au cri du coq, à l'aboiement d'un chien ou au son d'un instrument à vent. Il y a en même temps de la fièvre, douleur à la gorge, chaleur brûlante de la peau et souvent expectoration de fausses membranes. D'ailleurs, la déglutition est facile et l'haleine non fétide. Ces symptômes apparaissent brusquement et par accès de plus en plus fréquens, séparés par des intervalles pendant lesquels le malade est à-peu-près dans l'état naturel.

622. *Caractères anatomiques.* La membrane muqueuse qui revêt les voies aériennes, présente des signes d'inflammation, tantôt bornés au larynx, tantôt s'étendant à la trachée artère ou même dans les

bronches. Après la seconde ou la troisième période de la maladie, on trouve dans le larynx une substance visqueuse liquide, plus ou moins abondante, et dans la trachée une matière blanchâtre plus consistante, formant des fausses membranes, sans traces d'organisation, qui recouvrent plus ou moins complétement la muqueuse de ces cavités, en y adhérant soit immédiatement, soit par l'intermède d'un liquide visqueux. A mesure qu'on descend dans les bronches les fausses membranes deviennent de plus en plus molles; enfin elles disparaissent et l'on ne trouve plus qu'un liquide muciforme.

La membrane muqueuse elle-même offre beaucoup de rougeur dans la première période, est seulement rosée dans la seconde, et quelquefois incolore dans la troisième.

623. *Indications, moyens.* Dans la première période, caractérisée par des symptômes inflammatoires et le peu d'intensité de la maladie, s'opposer aux progrès de l'inflammation et prévenir ainsi la formation des fausses membranes. Dans la seconde et la troisième période, indiquées surtout par des menaces de suffocation et l'expectoration de débris membraneux, faire suivre l'emploi des moyens antiphlogistiques, de celui des vomitifs et des dérivatifs. Lorsqu'aucun de ces moyens ne peut entraver la marche de la maladie et que la suffocation est imminente, ouvrir un passage à l'air en pratiquant la trachéotomie.

624. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Angine laryngée, trachéale, 614, 618; — Catarrhe suffocant, Œdème de la glotte, 648.

PHTHISIE LARYNGÉE.

625. *Signes diagnostiques.* A la suite d'angines laryngées souvent répétées, la voix est restée rauque et basse, le malade éprouve constamment dans le larynx une douleur qu'augmente la pression sur cette partie, ainsi que la déglutition. Il existe habituellement une toux sèche, douloureuse, une expectoration de crachats muqueux, puriformes ou purulents, peu abondans; enfin, une fièvre lente, l'amaigrissement, et la plupart des symptômes généraux communs à toutes les phthisies.

626. *Caractères anatomiques.* La membrane muqueuse du larynx est ulcérée, présente des signes d'inflammation chronique; les cartilages sont cariés dans une plus ou moins grande étendue.

627. *Indications, moyens.* Si l'affection est peu ancienne, s'opposer aux progrès du travail inflammatoire qui la constitue, par un traitement antiphlogistique méthodique; si elle est très-avancée et très-intense, diminuer la gravité des symptômes à l'aide des moyens palliatifs employés dans les différentes phthisies. Dans tous les cas, remonter à sa cause afin de modifier le traitement suivant la nature de cette dernière.

628. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Phthisie trachéale ; angine laryngée, trachéale ; phthisie pulmonaire.

ABCÈS FORMÉ DANS LE MÉDIASTIN ET FAISANT SAILLIE A LA PARTIE INFÉRIEURE DU COU.

629. *Signes diagnostiques.* Des symptômes inflammatoires généraux ayant eu lieu et s'étant accompagnés d'une douleur profonde à la partie antérieure et moyenne de la poitrine, une tumeur offrant les caractères d'un abcès (1, 8), a paru au-dessus du sternum, entre les attaches des muscles sterno-mastoïdiens. L'ouverture de cette tumeur étant faite spontanément ou par une incision, il s'écoule au-dehors une plus grande quantité de pus que ne semblait l'annoncer le volume de l'abcès. Si l'on recommande au malade de pencher le haut du tronc en avant, on voit aussitôt sortir le liquide en plus grande abondance ; le même phénomène a lieu dans les grands mouvemens respiratoires.

630. *Indications, moyens.* Faciliter l'écoulement du pus par une position convenable et en tenant l'ouverture libre ; si cela ne suffit pas, pratiquer une contre-ouverture en trépanant le sternum.

631. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Tumeur enkystée, 595 ; — Goître, 588 ; — Tumeurs diverses. (*Voy.* tableau des *Maladies communes.*)

RUPTURE DE L'ŒSOPHAGE.

632. *Signes diagnostiques.* Durant des efforts violens de vomissement tout-à-coup le malade se plaint d'une douleur atroce qui semble partir de l'épigastre et s'étend le long du dos. Au moment où cette douleur a paru, un sentiment de déchirement ou de déplacement de quelque organe intérieur s'est manifesté. Aussitôt les vomissemens ont cessé ou diminué, et les boissons avalees, quelles que soient leur nature et leur quantité, ne sont point rejetées; la respiration devient de plus en plus pénible. Si l'on percute et si l'on ausculte la poitrine, on reconnaît l'existence d'un épanchement dans les plèvres, qui paraît augmenter à mesure que le malade boit. Les urines sont rares, des symptômes généraux très-graves apparaissent.

633. *Indications, moyens.* Il ne peut y avoir d'autre indication à remplir que d'interdire au malade tout usage de boissons ou d'alimens par la bouche, et de prévenir ou combattre l'inflammation de l'œsophage et de la plèvre ainsi que les accidens consécutifs.

634. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Dysphagie spasmodique (645), coïncidant avec un épanchement pleurétique préexistant; — Affection rhumatismale ou goutteuse intense; — Inflammation violente de l'œsophage ou de l'estomac.

CORPS ÉTRANGER ENGAGÉ DANS LES VOIES AÉRIENNES.

635. *Signes diagnostiques.* Un corps étranger est tombé inopinément dans la gorge, ou bien le malade a, suivant l'expression vulgaire, avalé de travers; aussitôt une irritation des plus vives s'est fait sentir dans le larynx ou la trachée-artère, en s'accompagnant d'une toux violente et convulsive, d'anxiété et de menace de suffocation. La respiration est sifflante, râleuse; la voix est altérée. Assez souvent ces accidens cessent; un moment de calme plus ou moins parfait survient; mais, peu après, soit par un mouvement du malade, soit sans cause appréciable, les premiers phénomènes reparaissent pour cesser de nouveau, puis revenir encore; ce qui indique que le corps étranger est mobile et peu volumineux.

636. *Indications, moyens.* Faire promptement l'extraction du corps étranger en lui ouvrant une voie, soit par l'incision du larynx, si l'on suppose que le corps est arrêté dans les ventricules de cet organe ou entre les lèvres de la glotte, soit par celle de la trachée-artère, s'il occupe ce canal. Dans tous les cas, s'assurer d'avance, en explorant l'entrée du larynx avec le doigt, que le corps étranger ne fait pas saillie hors de la glotte et ne peut être extrait par la bouche.

637. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Œdème de la glotte, 648; — Croup, 621; — Corps étranger dans l'œsophage, 643.

DYSPHAGIE PAR PARALYSIE DE L'ŒSOPHAGE.

638. *Signes diagnostiques.* La déglutition est impossible, ou du moins lente et difficile. Dans ce dernier cas, le malade avale avec plus de difficulté une petite portion d'alimens ou de boisson qu'une plus considérable ; les substances solides passent plus aisément encore que les liquides ; d'ailleurs, le malade n'éprouve aucune douleur ni sentiment de constriction le long de l'œsophage ou dans le pharynx. En explorant la bouche et l'extérieur du col, on n'aperçoit ni corps étranger ni tumeur, et si l'on sonde l'œsophage on n'y rencontre aucun obstacle. (Assez ordinairement cette affection coïncide avec quelqu'autre paralysie résultant d'une lesion de l'encéphale, dont elle n'est qu'un symptôme.)

639. *Indications, moyens.* Combattre la maladie qu'on peut regarder comme cause de cette paralysie, en même temps favoriser la déglutition, soit en poussant le bol alimentaire dans l'œsophage à l'aide d'une baleine garnie d'une éponge (ainsi qu'on l'a pratiqué avec avantage), soit en introduisant les alimens dans l'estomac au moyen de la sonde œsophagienne ; ou bien suppléer à ce défaut de deglutition en nourrissant le malade par l'usage de lavemens nutritifs.

DYSPHAGIE PAR OBLITÉRATION DE L'ŒSOPHAGE.

640. *Signes diagnostiques.* A la suite de symptômes d'œsophagite aiguë ou chronique, tels que douleur fixe et sentiment de brûlure dans le trajet de l'œsophage, augmentant par le passage des alimens à travers ce canal, vomissemens survenant presque aussitôt après l'ingestion des substances solides ou liquides, hoquet continuel, etc. La déglutition s'opère difficilement, surtout pour les substances solides ; et chaque fois que le malade mange, il lui semble que les alimens s'arrêtent dans l'œsophage en un lieu qu'il désigne.

Cet état ayant duré un certain temps, ayant même augmenté, nul aliment solide, nulle boisson ne peuvent plus passer dans l'estomac. Après avoir séjourné quelques instans à l'intérieur, et d'autant plus longtemps que l'oblitération se trouve plus bas, ces substances sont rejetées au-dehors mêlées à beaucoup de mucosités. Une sonde introduite dans l'œsophage pour l'explorer, rencontre dans un point de ce canal un obstacle qu'elle ne peut vaincre.

641. *Indications, moyens.* Si la déglutition, quoique difficile, est encore possible, faire pénétrer les alimens ou les boissons dans l'estomac au moyen de la sonde œsophagienne. S'il y a impossibilité d'introduire cet instrument, alimenter le malade par d'autres voies.

642. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Dysphagie

spasmodique, 645; — Corps étranger dans l'œsophage, 643.

CORPS ÉTRANGER DANS L'ŒSOPHAGE.

643. *Signes diagnostiques.* Le malade dit avoir avalé un corps étranger, qu'il sent arrêté dans un point de l'œsophage, où il éprouve de la douleur; il ne peut faire passer dans l'estomac ni alimens ni boissons, ou n'y parvient qu'avec difficulté; sa respiration est gênée, sa voix altérée; enfin, si l'accident est arrivé depuis un certain temps, des symptômes inflammatoires surviennent. Si l'on introduit dans l'œsophage une baleine ou tout autre instrument propre à cette exploration, on sent bientôt cet instrument arrêté par le corps étranger, dont on constate ainsi la position et le plus ou moins d'immobilité. Quelquefois même le doigt porté dans le pharynx, ou sur le côté gauche du cou, suffit pour le reconnaître, lorsqu'il s'est fixé à l'entrée de l'œsophage.

644. *Indications, moyens.* S'assurer, à l'aide du doigt ou d'une sonde, quel est le lieu qu'occupe le corps étranger, et tenter l'extraction de ce dernier, soit au moyen de pinces courbes et solides, ou même des doigts, s'il occupe l'extrémité pharyngienne de l'œsophage; soit en excitant le vomissement, si ce corps est peu volumineux, si l'estomac contient des alimens ou des boissons, et s'il n'y a aucun symptôme d'inflammation; soit en se servant de crochets, d'anses

métalliques, etc.; ou bien pousser ce corps dans l'estomac. S'il existe déjà de l'inflammation, et qu'on ait en vain cherché à employer ce dernier moyen, s'abstenir de toute tentative et combattre les accidens. Enfin, si le corps étranger occupe le pharynx ou l'extrémité supérieure de l'œsophage, l'extraire par l'opération de la pharyngotomie, le plus promptement possible.

DYSPHAGIE SPASMODIQUE.

645. *Signes diagnostiques.* La déglutition est impossible, ou au moins très-difficile, surtout pour les alimens solides et les boissons froides, tandis que les liquides tièdes et en petite quantité passent assez facilement : si cependant ces mêmes liquides sont pris en abondance, ils sont aussitôt rejetés par la bouche; ou bien les alimens parcourent en partie l'œsophage; mais arrivés à un certain point, ils se trouvent arrêtés, puis sont rejetés ou ne descendent qu'avec beaucoup de peine. Tantôt, l'affection ayant son siége à l'extrémité supérieure du canal œsophagien, il y a obstacle complet à la déglutition des solides et des liquides, le malade ressent une forte constriction à la gorge, et s'il essaye d'avaler il éprouve de vives douleurs dans le trajet de l'œsophage, des nausées et même des convulsions.

646. *Indications, moyens.* Si l'affection paraît tout-à-fait locale, lui opposer les anti-spasmodiques. Si

elle est liée à une autre maladie, ce qui est plus ordinaire, combattre cette dernière par les moyens qui lui sont propres.

647. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Dysphagie par oblitération de l'œsophage, 640 ; — Corps étranger dans l'œsophage, 643 ; — Rupture de l'œsophage, 652.

ŒDÈME DE LA GLOTTE.

648. *Signes diagnostiques.* À la suite de quelques douleurs légères dans le larynx, ou bien tout-à-coup, il est survenu de la gène dans la respiration ; l'inspiration seule est difficile et fait entendre un bruit sec particulier ; le mouvement contraire est libre. Le malade cherche sans cesse, par de fortes et sonores expirations, à se débarrasser des mucosités qui lui semblent obstruer le larynx ; sa voix est rauque, comme éteinte par momens, puis redevient plus claire après l'expulsion de matières glaireuses assez abondantes. Si l'on porte le doigt indicateur jusqu'à l'entrée du larynx, on y découvre une tumeur molle, fixe, non pédiculée et peu ou point douloureuse.

Ces divers phénomènes ayant persisté pendant quelques jours, la respiration s'embarrasse, il survient des accès de suffocation de plus en plus rapprochés et intenses, suivis de momens de calme, dans lesquels la respiration est assez libre. Enfin, le malade meurt, soit pendant un accès, soit dans l'intervalle de deux accès, ce qui est plus fréquent.

649. *Caractères anatomiques.* La membrane muqueuse qui revêt les bords de la glotte est gonflée de telle sorte, qu'on peut produire l'occlusion complète de cette ouverture en pressant le plus légèrement possible ses deux bords l'un contre l'autre. Si l'on incise cette partie tuméfiée, ou seulement si on la comprime entre les doigts, on en fait suinter un liquide séreux ou séro-purulent; quelquefois on rencontre des ulcérations sur la membrane.

650. *Indications, moyens.* Faciliter le passage de l'air à travers la glotte en faisant cesser le gonflement de la muqueuse. S'il existe, dans le commencement, des signes d'inflammation, combattre celle-ci avec énergie, soit par un traitement antiphlogistique local et général, soit à l'aide de dérivatifs puissans. Si ces moyens sont insuffisans ou qu'il n'y ait pas de symptômes inflammatoires bien tranchés, tenter le dégorgement de la partie par des scarrifications. Si toute espèce de traitement échoue et que la suffocation soit imminente, rétablir l'entrée de l'air dans les poumons par l'opération de la trachéotomie.

651. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Corps étranger dans le larynx ou dans l'œsophage, 635, 643; — Angine laryngée, 614; — Croup, 621.

PLAIE DU COU.

652. Une plaie occupe des régions antérieures ou latérales du cou; il s'en échappe une quantité no-

table de sang; ce liquide est rutilant, écumeux, et sort par jets isochrônes aux battemens du cœur (blessure d'une artère); ou bien il est noir, épais, et s'écoule moins par jets qu'en nappe (blessure d'une veine). Le siége de la blessure, son étendue, sa profondeur, sa direction, font reconnaître facilement quel est le vaisseau lésé; ou bien la plaie est assez large pour laisser apercevoir ce vaisseau lui-même. (*Plaie avec lésion de gros vaisseaux.*)

653. *Indications, moyens.* Arrêter sur le champ l'écoulement du sang en faisant la ligature du vaisseau intéressé, puis rapprocher les bords de la plaie et favoriser leur adhésion par la position et l'immobilité de la partie.

654. Une plaie étroite a été faite au cou. Peu de temps après, la peau voisine s'est tuméfiée; ce gonflement s'est étendu de proche en proche, au visage, à la poitrine, ou même à tout le corps; il est indolent, sans changement de couleur à la peau, qui paraît seulement tendue, luisante; il est élastique et fait entendre un certain bruissement sous la pression des doigts. Ces phénomènes seuls, ou accompagnés des signes exposés plus loin (663, 665), indiquent la lésion de la trachée-artère ou du larynx. (*Plaie avec emphysème.*)

655. *Indications, moyens.* Donner issue à l'air infiltré, par des mouchetures faites à la peau, si son accumulation est assez considérable pour gêner l'exercice de quelque fonction importante. Au contraire

favoriser et attendre son absorption si la tuméfaction est très-bornée ; prévenir, dans tous les cas, son infiltration nouvelle, soit en agrandissant l'ouverture extérieure, soit en rendant cette ouverture parallèle à la plaie intérieure, au moyen d'une position convenable des parties.

656. Un instrument vulnérant a pénétré très-profondément dans la partie supérieure du cou, soit latéralement, soit postérieurement. Sur le champ le malade a perdu le sentiment et le mouvement, a cessé de vivre, sans que l'écoulement du sang ait été assez considérable pour causer sa mort; ou bien, immédiatement après la blessure, les parties situées au-dessous de la tête ont été plus ou moins complètement paralysées, d'où résulte, entre autres phénomènes, une gêne considérable de la respiration, et la sortie involontaire des urines et des matières fécales. Dans ces cas on peut croire à l'existence d'une lésion de la moelle épinière. (*Plaie avec lésion de la moelle épinière.*)

657. Une plaie du cou a été presque aussitôt suivie de douleurs aiguës, de mouvemens convulsifs, de tétanos, ou de paralysie plus ou moins complète du sentiment et du mouvement de certaines parties dans lesquelles se ramifie la branche nerveuse la plus voisine de la plaie ou qui se trouve placée dans le trajet qu'a parcouru l'instrument vulnérant. (*Plaie avec lésion d'un nerf.*)

658. *Indications, moyens.* Combattre les accidens

par les antiphlogistiques et les calmans. Si ces moyens sont sans effet, et si le nerf blessé est situé superficiellement, en faire l'incision simple, ou mieux en exciser une partie.

659. Un instrument tranchant ou piquant a divisé les parties molles de la région antérieure du cou, au-dessus de l'os hyoïde. Cette plaie est superficielle et sans hémorrhagie; ou bien, ses bords sont écartés, elle donne passage à la salive et aux boissons que le malade verse dans sa bouche; la voix est altérée, la déglutition douloureuse et impossible. (*Plaie avec ouverture de la paroi inférieure de la bouche.*)

660. *Indications, moyens.* Rapprocher exactement les bords de la plaie, en tenant la tête du malade constammment fléchie et immobile, ingérer les alimens et les boissons dans l'estomac à l'aide de la sonde œsophagienne.

661. Une plaie a son siége entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde; dans son fond et en haut est l'épiglotte flottante et sans appui; des bords écartés de cette division on voit sortir de l'air, de la salive, des mucosités, ainsi que les boissons que le malade veut avaler et qui, chaque fois, excitent une toux convulsive, suffocante, en tombant dans le larynx. En même temps il y a impossibilité d'articuler les sons, ardeur, sécheresse à la gorge et soif continuelle. (*Plaie avec ouverture du pharynx.*)

662. *Indications, moyens.* (Voy. 660.)

663. Une plaie a été faite au-dessous de l'espace

compris entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, dans le lieu occupé par le larynx; l'air sort en grande quantité par la plaie; il y a aphonie complète, et même (si du sang tombe dans la trachée artère) des efforts pénibles de toux, de l'anxiété, des menaces de suffocation. (*Plaie avec ouverture du larynx.*)

664. *Indications, moyens.* Empêcher le sang de s'introduire dans les voies aériennes en liant les vaisseaux, en les comprimant ou en tenant les bords de la plaie écartés, afin de faciliter l'écoulement du liquide au dehors. Si rien n'annonce que le sang pénètre dans cette cavité, rapprocher les bords de la division et les maintenir dans un contact immédiat au moyen de la position, d'un bandage approprié et d'une immobilité parfaite.

665. Les parties molles du cou ont été divisées par un instrument tranchant ou piquant, à la partie inférieure de cette région, entre le cartilage cricoïde et l'extrémité supérieure du sternum. La plaie donne passage à de l'air; il existe une toux continuelle avec tendance à la suffocation; la voix est perdue, la respiration très-pénible; mais si l'on rapproche exactement les bords de la division, la voix revient et la respiration s'exerce facilement. (*Plaie avec ouverture de la trachée-artère.*)

666. *Indications, moyens.* (Voy. 664.)

FISTULE DE L'ŒSOPHAGE.

667. *Signes diagnostiques.* Pendant ou après la cicatrisation d'une plaie occupant le côté gauche du cou, il s'est formé, dans un point de la cicatrice incomplète, une ouverture fistuleuse par laquelle s'échappent les boissons et une partie des alimens que le malade veut avaler.

668. *Indications, moyens.* Maintenir cette ouverture constamment fermée, au moyen d'un obturateur accommodé à la disposition des parties.

FISTULE DE LA TRACHÉE-ARTÈRE.

669. *Signes diagnostiques.* A la suite de plaie à la partie antérieure et inférieure du cou, ou d'abcès dans le voisinage de la trachée-artère, il existe une ouverture fistuleuse, donnant passage à l'air, qui produit un bruit désagréable en la traversant. Il y a aphonie plus ou moins complète, suivant que la fistule est étroite ou très-large; en fermant cette dernière, la voix reparaît aussitôt.

670. *Indications, moyens.* (Voy. 668.)

FRACTURE DES VERTÈBRES CERVICALES AVEC LÉSION DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

671. Un corps vulnérant a agi sur la partie pos-

térieure du col, ou bien la tête a été entraînée dans une flexion brusque et forcée par l'action d'un corps volumineux et très-pesant ; une douleur violente s'est fait sentir aussitôt dans cette région, où l'on trouve un deplacement des apophyses épineuses, des saillies osseuses, irrégulières, mobiles sous la pression et faisant entendre la crépitation. Il n'existe aucun autre accident. (*Fracture simple.*)

672. Ou bien le malade est frappé sur le champ d'une paralysie plus ou moins complète des extrémités inférieures, de la vessie et du rectum, sans perte prolongée des facultés intellectuelles. (*Lésion de la moelle épinière dans la partie inférieure de la région cervicale.*)

673. La paralysie occupe les membres supérieurs et inférieurs, la respiration est très-difficile, mais l'intelligence est conservée. (*Lésion de l'extrémité supérieure de la moelle épinière.*)

674. *Indications, moyens.* Prévenir ou combattre les divers accidens inflammatoires; tenir le malade dans une immobilité parfaite et dans la position la plus convenable pour favoriser la réduction et la soudure des fragmens osseux, et pour prévenir leur déplacement, ainsi que la compression ou le tiraillement de la moelle épinière.

MALADIES DE LA POITRINE.

RÉGION STERNALE (*).

Tumeur. .	Abcès dans le médiastin. . . . . . 675 Fracture du sternum. . . . . . . 681 Luxation de l'extrémité sternale de la clavicule. . . . . 686 Fracture d'un cartilage costal. . . 683 Voy. *Tumeur*, au tableau de la *Région costale*, pag. 252. Voy. *Tumeur*, au tableau des *Maladies communes*.
Solution de continuité.	Abcès formé dans le médiastin et ouvert à l'extérieur. . . . . . 675 Carie profonde du sternum. . . . 678 Voy. *Solution de continuité*, au tableau de la *Région costale*. Voy. *Solution de continuité*, au tableau des *Maladies communes*.
Ecoulement de pus. . .	Carie du sternum. . . . . 678 Abcès dans le médiastin. . . . . 675 Voy. *Ecoulement*, au tableau de la *Région costale*. Voy. *Ecoulement*, au tableau des *Maladies communes*.

(*) Comprenant tout l'espace occupé par le sternum et les cartilages sterno-costaux.

Douleur. .	Abcès dans le médiastin. . . . . . . 675 Fracture du sternum. . . . . 681 — d'un cartilage costal. . . . . . 683 Luxation de l'extrémité sternale de la clavicule. . . . . 686 Carie du sternum. . . . . 678 Voy. *Douleur*, au tableau de la *Région costale.* Voy. *Douleur*, au tableau des *Maladies communes.*

ABCÈS DANS LE MÉDIASTIN.

675. *Signes diagnostiques.* Dans un point de la région occupée par le sternum, ou bien entre les cartilages costaux ou sur les côtés de l'appendice xiphoïde, il s'est formé une tumeur arrondie, circonscrite, pâteuse, molle, sans changement d'état de la peau, offrant tous les caractères d'un abcès froid (8), puis ceux de l'abcès sous-sternal (678).

Cette tumeur est accompagnée d'une douleur sourde, d'une pesanteur dans la partie antérieure et moyenne de la poitrine, d'oppression, d'anxiété, de palpitations; avant qu'elle ait paru, le malade a éprouvé une douleur profonde, pulsative, gravative, fixée derrière le sternum et dans le dos, puis de la fièvre et des frissons irréguliers, etc.

676. *Indications, moyens.* Donner issue au liquide accumulé, combattre les symptômes inflammatoires; si ces derniers sont à l'état chronique, détruire la cause interne à laquelle ils se lient.

677. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Tumeurs diverses. (Voy. *Tumeur*, au tableau des *Maladies communes*, page 4.)

CARIE DU STERNUM. — ABCÈS SOUS-STERNAL.

678. *Signes diagnostiques*. Une ouverture fistuleuse a son siége au-devant du sternum ; une sonde introduite par cette fistule pénètre profondément dans une large cavité ; on remarque en même temps les symptômes ordinaires de la carie ; les changemens de situation du malade, ainsi que les grands mouvemens respiratoires, facilitent l'écoulement du pus. Il n'existe, en outre, aucun symptôme d'épanchement dans la poitrine.

679. *Indications, moyens*. (Voy. *Carie*, 109.)

680. *Maladies qu'on pourrait confondre* : (Voy. *Solution de continuité*, au tableau des *Maladies communes*.) Fistule des parois de la poitrine, 746.

FRACTURE DU STERNUM.

681. *Signes diagnostiques*. Une forte percussion sur le devant de la poitrine, ou une extension subite et forcée de la colonne épinière, a eu lieu : en promenant les doigts sur la face antérieure du sternum, on y découvre une ou plusieurs saillies, ou seulement une mobilité insolite ; dans ce point le malade éprouve une douleur assez vive qu'augmentent les mouve-

mens de la respiration et la pression ; on y entend un bruit particulier qu'on reconnaît pour être la crépitation. Ces phénomènes n'existent que depuis l'accident.

682. *Indications, moyens.* Réduire promptement cette fracture, surtout si l'un des fragmens, faisant saillie à l'intérieur, lèse quelqu'organe important ; favoriser sa consolidation en comprimant la poitrine de manière à ce que la respiration ne puisse s'opérer que par le mouvement du diaphragme et des muscles abdominaux.

683. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Fracture ancienne non consolidée ; — Défaut d'union des différentes pièces du sternum entre elles.

FRACTURE D'UN CARTILAGE COSTAL.

684. *Signes diagnostiques.* A la suite d'une percussion ou d'une forte pression exercée sur la poitrine on aperçoit sur les côtés du sternum (ordinairement vers les cinquième, sixième, septième ou huitième côtes), une saillie placée sur le trajet d'un des cartilages costaux. On sent que cette saillie est formée par la portion du cartilage qui tient au sternum, elle est bornée en dehors par une dépression très-sensible résultant de l'abaissement du fragment costal. Ces parties offrent une mobilité inaccoutumée, et si l'on cherche à faire disparaître la saillie en la comprimant pendant l'inspiration, on y parvient

assez facilement, mais elle tend à reparaître à l'instant, quelque moyen qu'on emploie pour l'en empêcher.

685. *Indications, moyens.* Maintenir le fragment interne abaissé, au moyen de compresses graduées; prévenir son déplacement, et favoriser la consolidation de la fracture en gênant les mouvemens des côtes à l'aide d'un bandage circulaire suffisamment serré.

LUXATION DE L'EXTRÉMITÉ STERNALE DE LA CLAVICULE.

686. *Signes diagnostiques.* L'épaule a été dirigée tout-à-coup et avec force en arrière; une douleur vive s'est manifestée aussitôt dans l'articulation de la clavicule avec le sternum; l'épaule est déprimée et semble plus rapprochée de la poitrine; la clavicule, plus oblique qu'à l'ordinaire, est portée en avant et en bas. Sur la face antérieure du sternum, à son extrémité supérieure, et au-dessous du niveau de l'autre articulation sterno-claviculaire, on aperçoit une petite tumeur arrondie, très-dure, qu'on reconnaît facilement pour être formée par l'extrémité interne de la clavicule; au-dessus d'elle est une dépression qui correspond à la saillie de l'autre articulation. Les mouvemens du bras sont très-difficiles, surtout ceux qui ont pour but de le diriger en avant et en haut.

687. *Indications, moyens.* Réduire cette luxation en portant fortement l'épaule obliquement en dehors et en arrière, et repoussant l'extrémité de la clavicule

dans la cavité articulaire, dès qu'elle se trouve replacée au-devant d'elle; empêcher le retour de la luxation en ramenant l'épaule en avant, et forçant ainsi l'extremité interne de l'os luxé à se diriger en dedans et en arrière; enfin, maintenir par un appareil convenable les parties dans cette position et tout-à-fait immobiles.

688. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Fracture de l'extrémité interne de la clavicule.

RÉGIONS MAMMAIRES (*).

Tumeur ou tuméfaction.	Squirrhe de la mamelle. . . . . . 708 Engorgement laiteux inflammatoire. . . . . 694 — non inflammatoire. . . . . . . 691 Voy. *Tumeur*, au tableau des *Maladies communes*, pag. 4. Voy. *Tumeur*, au tableau de la *Région costale*, pag. 252.
Solution de continuité.	Gerçures du mamelon. . . . . . . 697 Ulcère vénérien. . . . . 700 Cancer de la mamelle. . . . . . . 711 Fistule, suite d'abcès à la mamelle. 703 Voy. *Solution de continuité*, au tableau des *Maladies communes*. Voy. *Solution de continuité*, au tableau de la *Région costale*.

Douleur. . . . . Ecoulement { de sang. / de pus.. Trouble de la respiration.	*Voyez* ces mots	au tableau de la *Région costale*. au tableau des *Maladies communes*.

CONTUSION DE LA MAMELLE.

689. *Signes diagnostiques*. Un corps contondant a frappé le sein, il en est résulté une douleur vive,

(*) Une de chaque côté, formée uniquement par la mamelle. Les parties sous jacentes étant comprises dans la région costale.

continue, augmentant par la moindre pression et les mouvemens respiratoires; elle est ou non accompagnée d'ecchymose, de gonflement et de dureté dans la partie lésée. Si cette douleur est superficielle, obtuse, la peau et le tissu cellulaire seuls ont été contus; si au contraire elle est profonde, vive et coïncide avec un engorgement dur, inégal, c'est la glande mammaire qui est principalement affectée.

690. *Indications, moyens.* Apaiser la douleur et prévenir les accidens inflammatoires consécutifs par des applications émollientes et calmantes, ou des saignées locales.

ENGORGEMENT LAITEUX NON INFLAMMATOIRE, OU POIL.

691. *Signes diagnostiques.* Chez une femme nouvellement accouchée, ou chez une nourrice qui a suspendu brusquement l'allaitement, une des mamelles ou toutes deux à la fois sont devenues dures, inégales, plus volumineuses, soit partiellement, soit dans toute leur étendue, mais sans changement d'état de la peau. Elles sont parsemées de nodosités rénitentes, sont le siége d'une douleur tensive qui se propage, ainsi que le gonflement, jusqu'aux aisselles; l'écoulement du lait se fait avec douleur, est diminué ou suspendu.

692. *Indications, moyens.* Dégorger les vaisseaux lactifères au moyen de la succion; calmer la douleur

et prévenir l'inflammation par les antiphlogistiques et les calmans; si l'engorgement persiste sans symptômes inflammatoires, favoriser l'absorption du lait par des embrocations ammoniacales.

693. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Engorgement inflammatoire, 694; — Squirrhe de la mamelle, 708.

ENGORGEMENT INFLAMMATOIRE DES MAMELLES.

694. A la suite d'engorgement laiteux, ou par toute autre cause, une douleur pulsative s'est fait sentir dans le sein. Cet organe présente une tuméfaction uniforme (si l'inflammation occupe le tissu cellulaire sous-cutané), ou bien des bosselures, un engorgement granulé et dur (si le tissu cellulaire sous-cutané et la glande mammaire sont engorgés simultanément). La peau est tendue, luisante, rouge, douloureuse; enfin les symptômes du phlegmon se développent, des abcès se forment en plus ou moins grand nombre. (Voy. *Phlegmon*, 86; *Abcès*, 1.)

695. *Indications, moyens.* (Voy. 88.)

696. *Maladies qu'on pourrait confondre.* (Voy. 89.)

GERÇURES DU MAMELON.

697. *Signes diagnostiques.* Chez une femme qui allaite, le mamelon est le siége d'une douleur extrêmement vive que renouvelle sans cesse la pression

exercée par les lèvres de l'enfant ; cette partie est rouge, tuméfiée, présente soit à sa base, soit sur tout autre point de sa surface une ou plusieurs ulcérations irrégulières, profondes, douloureuses, fournissant du pus, tendant à la cicatrisation dès qu'on cesse l'allaitement, s'agrandissant au contraire si l'enfant continue à téter.

698. *Indications, moyens.* Combattre l'inflammation locale par les moyens ordinaires ; suspendre l'allaitement de ce côté pendant le temps nécessaire à la cicatrisation des gerçures, ou bien, si cela n'est pas possible, empêcher au moins le contact des lèvres de l'enfant et les mouvemens qu'elles impriment au mamelon pendant la succion, en revêtant celui-ci d'un bout de sein artificiel.

699. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Ulcère vénérien, cancéreux, 700, 711.

ULCÈRE VÉNÉRIEN.

700. *Signes diagnostiques.* Le mamelon présente une ulcération qui tend sans cesse à s'accroître ; dont la surface est inégale, grisâtre ou livide, et fournit une humeur visqueuse, verdâtre ou rougeâtre, de nature irritante ; dont les bords sont élevés, irréguliers, durs, douloureux ; sur laquelle les applications émollientes ou autres ne produisent aucun effet avantageux, et que les préparations mercurielles modifient au contraire d'une manière favorable. Cette

ulcération a succédé à un bouton plat et dur qui bientôt s'est excorié et a fourni du pus. Elle s'est manifestée pendant l'allaitement d'un enfant atteint de syphilis, ou à la suite d'un commerce impur, ou bien se présente avec d'autres symptômes d'affection vénérienne.

701. *Indications, moyens.* Détruire, au moyen d'un traitement mercuriel, local et général, le virus vénérien qui a produit cette ulcération; combattre l'irritation locale, si elle est vive, par des topiques émolliens.

702. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Ulcères de diverses natures. (Voy. *Ulcères* au tableau des *Maladies communes*, pag. 5.)

FISTULE CUTANÉE DE LA MAMELLE.

703. *Signes diagnostiques.* A la suite d'une inflammation développée dans l'épaisseur de la mamelle et terminée par suppuration, l'ouverture de l'abcès ne s'est point entièrement cicatrisée; elle est étroite, profonde et fournit habituellement un liquide séro-purulent; la peau qui l'entoure est épaissie, dure, violette; enfin elle présente les caractères de la plupart des fistules cutanées.

704. *Indications, moyens.* (Voy. 113.)

705. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Fistule par corps étranger, par carie, 115, 116.

TUMEUR ENKYSTÉE.

706. *Signes diagnostiques.* Sous la peau de la mamelle s'est formée une tumeur molle, indolente, d'abord mobile en tout sens, et perdant peu à peu sa mobilite en augmentant de volume; devenant enfin adhérente à sa base sans perdre sa forme arrondie; elle offre de la rénitence, une dureté beaucoup moins grande que celle du squirrhe et n'est point douloureuse tant que la peau reste saine. Si l'on y fait une ouverture, il s'en échappe une matière semblable à celle qu'on rencontre dans certaines loupes. (Voy. 79.)

707. *Indications*, *moyens*. Enlever en totalité la tumeur sans l'ouvrir.

SQUIRRHE DE LA MAMELLE.

708. *Signes diagnostiques.* Dans l'épaisseur de la mamelle existe une tumeur qui, pendant un certain temps ronde, dure, mobile, indolente et sans changement d'état de la peau, s'est accrue plus rapidement à une certaine époque (ordinairement lors de la cessation du flux menstruel, vers quarante à cinquante ans). Elle a changé de forme, est devenue plate, irrégulière et présente à sa surface des bosselures plus ou moins nombreuses et saillantes; elle n'est que peu ou point roulante sous la peau; il s'y est développé du

prurit, une chaleur âcre, profonde, des douleurs lancinantes, brûlantes et de courte durée, se faisant sentir par intervalles, particulièrement le soir.

Ou bien, la mamelle a acquis rapidement et dans une grande étendue, plus de volume, une dureté plus considérable et une sorte d'empâtement; le mamelon, qui paraît déprimé, fournit habituellement un liquide séreux, plus ou moins clair, quelquefois sanguinolent; une tumeur occupe en partie la mamelle; cette tumeur est aplatie, dure, mobile avec la totalité du sein, mais non roulante sous la peau, à laquelle elle adhère.

Ou bien enfin, chez une femme parvenue à l'âge critique, le sein n'offrant ni engorgement, ni tumeur, s'est racorni, est devenu dur, pesant dans un point plus ou moins rapproché de l'aisselle. Cette portion compacte est aplatie, adhérente à la peau et aux parties sous-jacentes; le mamelon est déprimé et entouré d'un cercle très-dur.

709. *Indications, moyens.* Si l'affection est récente, est le résultat d'une cause externe, comme une percussion, une pression forte ou habituelle, si elle est peu étendue, si les glandes de l'aisselle ne sont point engorgées, si la femme est jeune, bien réglée, n'est point épuisée par la douleur ou des privations, extirper en totalité les parties malades; s'abstenir au contraire de toute opération s'il se présente des circonstances opposées, et s'en tenir aux remèdes palliatifs.

710. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Tumeurs diverses. (Voy. *Tumeur* au tableau des *Maladies communes*, pag. 4) ; *Contusion de la mamelle,* 689 ; *Engorgement laiteux*, 691.

CANCER DE LA MAMELLE.

711. *Signes diagnostiques.* Les symptômes du squirrhe ayant existé pendant un certain temps, des douleurs déchirantes, pongitives, brûlantes, s'étant fait sentir dans la tumeur à des intervalles de plus en plus courts, celle-ci a augmenté rapidement de volume ; sa surface bosselée s'est couverte de veines variqueuses noirâtres. Une des bosselures s'est élevée au-dessus des autres, la peau qui la recouvrait a acquis une couleur rougeâtre, livide, s'est amincie, ulcérée et a laissé transsuder une matière ichoreuse. Cette ulcération, d'un aspect hideux, s'étend de plus en plus en rongeant les parties voisines, quelle que soit la nature du tissu ; ses bords sont épais, arrondis, durs, renversés et d'une couleur livide ; de sa surface raboteuse, grisâtre ou rouge, s'écoule un liquide ichoreux, fétide, mêlé quelquefois à une grande quantité de sang ; des ganglions de l'aisselle sont engorgés.

A ces symptômes locaux sont joints des phénomènes généraux d'altération de nutrition. Ainsi la peau a perdu sa fraîcheur et présente une teinte jaune paille ; une fièvre lente consume la malade et s'ac-

compagne de symptômes plus ou moins nombreux et plus ou moins intenses de lésion des organes de la digestion, de la respiration ou de la génération.

712. *Indications, moyens.* Le cancer bien confirmé pouvant être considéré comme incurable, l'extirpation n'en doit pas être tentée, à moins que tous les autres moyens ayant été vainement employés, les accidens soient tellement graves et nombreux qu'on ne puisse espérer de calmer les souffrances de la malade ou de prolonger son existence qu'en détruisant par le fer et le feu l'organe altéré. Recourir, dans la plupart des cas, aux agens hygiéniques et thérapeutiques propres à pallier les symptômes.

713. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Ulcérations de diverses natures. (Voy. *Ulcère* au tableau des *Maladies communes*.)

RÉGIONS COSTALES (*).

Tumeur ou tuméfaction.

- Abcès entre la plèvre et les côtes. 714
- Hernie du poumon à travers les lèvres d'une plaie. 736
- Fracture des côtes avec déplacement. 727
- Emphysème avec ou sans lésion du poumon. 730, 732
- Gonflement des côtes (*Voy. Rachitis.*). 752
- Hydro-péricarde. 724
- Voy. *Tumeur*, au tableau des *Maladies communes*, pag. 4.

Douleur.

- Abcès entre la plèvre et les côtes. 714
- Carie des côtes.. 717
- Inflammation du poumon el de ses membraues. 740
- Blessure de l'œsophage. 742
- Fracture des côtes sans déplacement. 727
- Hydro-péricarde. 724
- Voy. *Douleur*, au tableau des *Maladies communes.*

(*) Ou parties latérales de la poitrine, comprenant toute l'étendue occupée par les côtes (excepté le haut de l'aisselle, l'omoplate et la mamelle qui constituent des régions particulières). Chaque région costale est bornée : *en haut*, par le bord inférieur de la clavicule ; *en bas*, par le bord inférieur de la dernière fausse côte : *en avant*, par une ligne qui parcourrait de haut en bas la série d'articulations des côtes avec leurs cartila[illegible] la région dorsale.

Solution de continuité. .	Plaie pénétrante de poitrine. . .	729
	— compliquée d'issue du poumon.	736
	— avec lésion de gros vaisseaux. .	734
	— avec emphysème sans lésion du poumon.	730
	— avec lésion du poumon.	732
	Fistule des parois de la poitrine. .	746
	Carie des côtes.	717
	Voy. *Solution de continuité*, au tableau des *Maladies communes.*	
Gêne de la respiration.	Empyème.	720
	Fracture de côte avec enfoncement d'esquilles.	738
	Inflammation du poumon et de ses membranes.	740
	Hydro-péricardite.	724
	Hémorrhagie interne.	734
	Blessure de l'œsophage.	742

ABCÈS ENTRE LA PLÈVRE ET LES CÔTES.

714. *Signes diagnostiques.* Une douleur fixe, profonde, gravative s'étant fait sentir dans un point de la poitrine, accompagnée de fièvre, de gêne de la respiration, de toux sèche, puis de frissons irréguliers; une rémission de ces symptômes ayant eu lieu, une tuméfaction s'est manifestée dans l'espace intercostal qui correspond au lieu de la douleur. Cette élévation ou tumeur à base large, mal circonscrite, sans changement d'état de la peau, offre d'abord un empâtement marqué; puis en augmentant peu à peu, elle s'amollit à son centre, et présente tous les carac-

tères de l'abcès chaud ou de l'abces froid (1, 8). Cet abces étant ouvert, il s'en écoule une quantité de pus plus considérable que ne semblait l'annoncer son volume extérieur, et le liquide sort plus abondamment pendant les mouvemens inspiratoires, mais sans être mêlé à de l'air.

715. *Caractères anatomiques.* La portion de plèvre correspondante au lieu de la maladie n'est plus adhérente aux côtes, est refoulée vers le poumon, et forme ainsi une poche qui ne communique point avec la poitrine et qui est bornée en dehors par les parois thoraciques privées de plèvre, en dedans par cette membrane elle-même, épaissie et dense. Assez souvent les côtes voisines sont altérées.

716. *Indications, moyens.* Tant que la fluctuation n'est pas bien manifeste, favoriser seulement la formation du pus et l'amollissement de la peau par des applications émollientes et maturatives; mais aussitôt qu'elle est sensible, donner issue au pus en pratiquant une incision suffisamment grande et parallèle à la direction des côtes et loin du bord inférieur de la côte supérieure. Prévenir le séjour du pus dans le foyer en facilitant son écoulement par une position convenable et en faisant des injections adoucissantes à chaque pansement.

CARIE DES CÔTES.

717. *Signes diagnostiques.* Sur le trajet d'une des

côtes, à la suite de phlegmon abcédé, ou d'abcès pleuro-costal (714), existe une ouverture qui donne issue à un liquide ichoreux, fétide, roussâtre, et quelquefois à de petits fragmens osseux. Une sonde portée dans cette ouverture penètre jusqu'à la surface d'une côte voisine qui présente les signes ordinaires de la carie. (Voy. 108.)

718. *Indications, moyens.* (Voy. 110.)

719. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Fistule cutanée, 112 ; — Fistule des parois de la poitrine, 746.

EMPYÈME OU COLLECTION DE LIQUIDE DANS LA CAVITÉ DES PLÈVRES.

720. *Signes diagnostiques.* A la suite de pleurésie, de péripneumonie très-intense, aiguë ou chronique (*), les symptômes généraux persistant ou ayant disparu, la respiration est restée difficile, courte, fréquente. Il existe un sentiment de pesanteur sur le diaphragme, de l'anxiété qu'augmentent les mouvemens du tronc et qui oblige cependant le malade à changer à chaque instant de position. Un des côtés du thorax (celui où siége l'épanchement) est plus développé que l'autre ; les côtes y sont élevées, immobiles, les espaces intercostaux larges et saillans ; l'hypochondre offre aussi une élévation remarquable. De

(*) Voyez, pour les caractères de ces maladies, le *Manuel de Clinique médicale* de M. Martinet.

ce côté, la poitrine ne résonne pas sous la percussion: si l'on a recours à l'auscultation médiate, le bruit de la respiration et la voix ne s'y font pas entendre à travers l'instrument, si ce n'est le long de la colonne vertébrale, ou bien ne sont appréciables que dans les parties supérieures, où la voix présente alors en un certain point le phénomène de l'égophonie. Si ces symptômes de l'épanchement se manifestent à gauche, les battemens du cœur se font sentir à droite du sternum.

Si l'épanchement est double, le malade se couche sur le dos, la tête très-élevée, ou se tient sur son séant, en penchant le haut du corps en avant. Si l'empyème n'occupe qu'un côté de la poitrine, c'est sur ce côté que le décubitus a lieu.

721. *Caractères anatomiques.* La cavité des plèvres renferme un liquide d'aspect et de quantité variables. Tantôt très-abondant et remplissant plus ou moins complètement tout un côté ou les deux côtés de la poitrine, tantôt libre et flottant, il n'en occupe que la partie la plus déclive; ou bien il se trouve renfermé dans une poche accidentelle, formée par des adhérences de la plèvre et occupant indifféremment tout autre point de la cavité du thorax. Ce liquide est séreux, clair, d'une couleur jaunâtre, verdâtre: la plèvre n'offre, dans ce cas, aucune altération remarquable; ou bien il est trouble, lactescent, puriforme, contient des productions albumineuses de différentes formes, et alors la séreuse est rouge, injectée, épais-

sie, recouverte par une exsudation blanchâtre, plus ou moins épaisse, ou par de fausses membranes disposées en plaques, en filamens, en brides, etc. Le poumon, vide d'air, refoulé vers la colonne vertébrale, est réduit à un moindre volume, et présente ordinairement quelque altération.

722. *Indications, moyens.* Si la plupart des symptômes énoncés plus haut existent, ne cèdent point au traitement bien dirigé de la pleurésie chronique, augmentent au contraire d'intensité et s'accompagnent de cet état général désigné sous le nom de fièvre hectique, donner issue au liquide épanché, en pratiquant l'opération de l'empyème.

723. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Abcès entre la plèvre et les côtes, 714; — Diverses altérations des organes thoraciques. (*Voy.* le *Manuel de Clinique médicale.*)

HYDRO-PÉRICARDITE.

724. *Signes diagnostiques.* Le malade éprouve un sentiment de pesanteur, de l'anxiété dans la région du cœur, une grande gêne de la respiration, qu'augmentent encore le décubitus sur le dos et sur le côté droit, ainsi que des mouvemens brusques, la parole ou le chant; assez souvent il survient des syncopes. La percussion exercée sur la région du cœur n'obtient qu'un son très-mat dans un espace plus considérable qu'à l'ordinaire; les mouvemens du cœur sont très-étendus, tumultueux, obscurs, et se font sentir comme

par l'intermède d'un liquide; en outre ils varient de siége à chaque instant et brusquement. Quelquefois la région précordiale est plus dilatée que le côté droit; elle est œdématiée, ainsi que la figure et les extrémités.

725. *Indications, moyens.* Favoriser l'absorption du liquide épanché par l'emploi des diurétiques, des drastiques, etc. Si la résorption est impossible, donner issue à la matière de l'épanchement, au moyen d'une ouverture pratiquée aux parois de la poitrine et du péricarde.

726. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Diverses maladies du cœur. (*Voy.* le *Manuel de Clinique médicale.*)

FRACTURE DES CÔTES.

727. *Signes diagnostiques.* La poitrine ayant été violemment pressée ou frappée avec force par un corps dur et pesant, une douleur locale vive s'est développée sur le champ dans un point des parois de cette cavité; la respiration est devenue aussitôt difficile, très-pénible; les mouvemens généraux du tronc ou d'un des bras, ceux d'inspiration et d'expiration, augmentent beaucoup la douleur, et produisent, là où siége cette dernière, un bruit particulier (la crépitation), très-sensible pour le malade, et que l'observateur distingue très-facilement en plaçant l'oreille sur la partie douloureuse. Si l'on porte les doigts le long du bord inférieur des côtes correspondantes, on r

peut déterminer le même phénomène, on augmente aussi la douleur, et l'on sent une mobilité insolite dans le corps de l'os. Assez souvent il existe conjointement des symptômes de lésion des organes thoraciques. (Voy. 732 à 740.)

728. *Indications, moyens.* Maintenir les fragmens rapprochés, favoriser leur réunion en comprimant la poitrine de manière à produire l'immobilité des côtes dans les mouvemens de la respiration. Si des symptômes de blessure du poumon (Voy. 738) indiquent que des fragmens osseux proéminent à l'intérieur de la poitrine, tendre à rapprocher les deux extrémités opposées de la côte fracturée en exerçant sur elles une pression permanente à l'aide de compresses graduées, afin de pousser en dehors sa partie moyenne. Si, au contraire, les fragmens font saillie sous la peau, les porter en dedans au moyen d'une compression directe. Combattre les complications suivant leur nature.

PLAIES PÉNÉTRANTES DE POITRINE.

729. *Signes diagnostiques.* Une plaie a été faite aux parois de la poitrine; la direction qui a été donnée à l'instrument vulnérant, la profondeur à laquelle il a pénétré (ce qu'on peut souvent apprécier en comparant les dimensions de certains instrumens à la largeur apparente de la plaie, ainsi qu'à l'épaisseur et à la nature des parties intéressées), indiquent que la cavité de la plèvre a été ouverte. Cette plaie est

accompagnée de difficulté de respirer, donne passage, pendant l'expiration, à de l'air qui s'en échappe en plus ou moins grande quantité, quelquefois avec assez de force pour produire un bruissement remarquable et même pour souffler une bougie allumée, ou qui ne produit qu'une petite tuméfaction emphysémateuse au voisinage de la division.

Ces phénomènes coïncident ou non avec quelques symptômes fébriles peu intenses et de peu de durée, disparaissent graduellement en peu de jours, et la plaie tend à une prompte cicatrisation. (*Plaie pénétrante simple.*)

730. Une plaie pénétrante est oblique et étroite, ses bords se sont tuméfiés sur le champ; leur tuméfaction est peu considérable, présente les caractères de l'emphysème (51), et ne prend point d'accroissement. (*Plaie pénétrante compliquée d'emphysème sans lésion du poumon.*)

731. *Indications, moyens.* Attendre la résorption de l'air infiltré, ou la favoriser par l'emploi de substances légèrement excitantes.

732. On observe les phénomènes indiqués plus haut (Voy. 730); mais la tuméfaction augmente de plus en plus, envahit la poitrine, le col, le visage, les membres; avec elle s'accroît la gêne de la respiration; le malade éprouve dans le côté de la blessure une douleur pongitive qu'augmentent les grands mouvemens respiratoires; il tousse fréquemment et avec anxiété; il expectore une quantité médiocre d'un sang écu-

mieux rutilant. Peu à peu ces symptômes diminuent, sont à peine accompagnés de fièvre, se dissipent enfin au bout de quelques jours, et la plaie se cicatrise ; ou bien les accidens sont graves, et l'on reconnaît l'existence de l'inflammation des poumons (740), ou de la lésion de gros vaisseaux sanguins. (734.) (*Plaie pénétrante compliquée de lésion du poumon.*)

733. *Indications, moyens.* Prévenir par des saignées copieuses et réitérées les accidens inflammatoires et l'écoulement du sang dans les bronches ; empêcher les progrès de l'emphysème en dilatant la plaie, en rendant ses deux ouvertures parallèles afin de faciliter la sortie de l'air. Si le gonflement emphysémateux est considérable, le faire cesser au moyen de scarifications suffisamment profondes pour pénétrer dans les cellules du tissu cellulaire sous-cutané.

734. Un corps vulnérant a ouvert les parois de la poitrine ; outre les caractères des plaies pénétrantes simples (Voy. 729), ou compliquées de lésion du poumon (Voy. 732), les phénomènes suivans ont apparu, soit immédiatement, soit quelque temps après la blessure et graduellement. La plaie est large, déclive ; un sang écumeux et vermeil en sort avec abondance ; ou bien le malade éprouve dans la poitrine un sentiment de chaleur douce, inaccoutumée, sa respiration devient courte, laborieuse, suffocative ; il pâlit, ressent des angoisses qui lui permettent à peine de garder la même position pendant quelques instans. Il ne peut se tenir debout ou à son

séant sans augmenter son anxiété, il préfère se coucher sur le dos, ayant les cuisses fléchies, ou sur le côté de la blessure. Si l'on explore ce même côté, on le trouve plus élevé que l'autre, surtout à sa partie inférieure. La percussion n'en tire qu'un son mat, et la résonnance de la voix, le murmure de la respiration, ne se font point entendre au stéthoscope d'abord dans la partie la plus déclive, puis à une élévation d'autant plus grande qu'il y a plus de temps écoulé depuis le moment de l'accident.

Ces divers phénomènes deviennent de plus en plus marqués; il s'y joint des syncopes fréquentes, des tremblemens, des claquemens de dents, une sueur gluante et froide, la décomposition des traits de la face, l'affaiblissement graduel du pouls, et le refroidissement des extrémités. (*Plaie pénétrante compliquée de lésion de gros vaisseaux.*)

(Quelle que soit la source de l'hémorrhagie, les symptômes sont les mêmes pour les lésions de l'aorte, du cœur, des veines caves des vaisseaux pulmonaires; on ne peut donc savoir d'une manière certaine quel est celui de ces organes qui fournit le sang; la direction, la profondeur, la situation de la plaie, peuvent seules faire naître quelques présomptions à cet égard.)

735. *Indications, moyens.* 1°. Arrêter ou au moins ralentir l'écoulement du sang.

Si ce liquide est fourni par une intercostale, comprimer celle-ci en employant les moyens indiqués

plus loin (Voy. 745); si l'hémorrhagie résulte de la lésion du cœur ou d'un gros tronc artériel ou veineux de l'intérieur de la poitrine, faciliter la formation du caillot sur l'ouverture du vaisseau, et par suite la cicatrisation de celle-ci, en ralentissant le cours du sang, en diminuant sa masse à l'aide de saignées copieuses et répétées. Si, cependant, le sang continuait à couler avec abondance, et que les forces du malade commençassent à s'éteindre, on chercherait à remplir les mêmes indications en réunissant les bords de la plaie de manière à déterminer l'accumulation du liquide dans la cavité de la plèvre, et en faisant observer un repos et un silence parfaits.

2°. Prévenir la suffocation en donnant issue au sang épanché. Si la blessure est large et directe, il suffit pour cela de donner au tronc une position convenable : si elle est étroite ou oblique, on l'élargit par une incision d'une étendue suffisante, et l'on facilite la sortie du liquide en y introduisant le doigt pour la débarrasser des caillots qui peuvent en fermer l'entrée. Quand la plaie, située à la partie supérieure, est en même temps très-étroite et ne peut être élargie à cause de sa situation, pratiquer l'opération de l'empyème; mais on ne doit recourir à ces moyens que lorsqu'on est assuré que le sang a cessé de couler, ce que l'on reconnaît au retour de la chaleur, à la régularité, à la force des mouvemens du pouls, à la non augmentation des accidens, enfin au temps qui s'est passé depuis le moment où la blessure a été faite, et

qui aurait suffi pour entraîner la perte du malade si l'écoulement du sang avait continué.

736. Entre les lèvres d'une plaie pénétrante des parois de la poitrine (729), il se présente un corps mou, comme spongieux, d'un gris bleuâtre, augmentant de volume pendant l'expiration, diminuant, au contraire, ou disparaissant, dans le mouvement d'inspiration. (*Plaie pénétrante compliquée d'issue du poumon.*)

737. *Indications, moyens.* Réduire promptement la portion du poumon qui fait hernie et s'opposer à sa sortie ultérieure par l'emploi d'un bandage compressif; la maintenir au contraire hors de la plaie en la fixant au moyen d'un fil attaché à sa base, si elle présente des traces de mortification.

FRACTURE DES CÔTES AVEC ENFONCEMENT DE FRAGMENS OSSEUX.

738. *Signes diagnostiques.* Une violence extérieure a été exercée sur les parois de la poitrine; les signes de la fracture des côtes se manifestent (Voy. 727), et sont joints à une douleur locale très-vive qu'augmentent les mouvemens d'inspiration; à un emphysème qui, ayant commencé dans l'endroit douloureux, s'est étendu de proche en proche, et occupe une plus ou moins grande partie de la sorface du corps; enfin, à l'expectoration de sang écumeux et rutilant.

739. *Indications, moyens.* (Voy. 728.)

PÉRIPNEUMONIE.

740. *Signes diagnostiques.* A la suite de plaie ou de contusion des parois de la poitrine, présentant ou non une des complications indiquées précédemment (Voy. 730 à 738), la fièvre s'est déclarée ; avec elle a paru, dans un côté du thorax, une douleur profonde, gravative, augmentant pendant l'inspiration. La respiration est devenue difficile, plus fréquente et provoque la toux. Dans le point où siège la douleur les côtes sont immobiles, l'auscultation y fait entendre un râle crépitant, la percussion n'en tire qu'un son obscur. (*Péripneumonie commençante.*)

Plus tard, le râle crépitant et tout autre bruit de la respiration ont disparu de ce côté douloureux, le son obtenu par la percussion est tout à fait mat, la toux est fréquente, l'expectoration difficile ; les crachats sont visqueux, contiennent des bulles d'air, des stries sanguines, ou présentent une couleur rouille ou d'un rouge foncé.

741. *Indications, moyens.* Combattre l'inflammation, dès qu'elle débute, par des saignées générales et locales abondantes et par des boissons délayantes ; puis favoriser l'action de ces moyens, ou les remplacer par les dérivatifs et les calmans : avant tout, s'assurer si elle dépend de la présence d'un corps étranger dans la poitrine, ou d'une esquille enfoncée dans les poumons par suite de fracture des côtes ; car dans

le cas où cela aurait lieu, la première indication à remplir serait de détruire la cause.

PLAIE DE L'ŒSOPHAGE.

742. *Signes diagnostiques.* Un instrument piquant a pénétré dans la poitrine non loin de la colonne vertébrale; aussitôt après, la déglutition est devenue difficile, douloureuse; les boissons que le malade prend sortent en partie par la plaie extérieure, et produisent, si elles sont fraîches, une sensation de froid dans la poitrine en même temps qu'une gêne de la respiration, qui augmente de plus en plus et en raison de la quantité de liquide avalée. Enfin, au bout de quelques heures se développent des symptômes d'inflammation de l'œsophage, des poumons et de la plèvre.

743. *Indications, moyens.* (Voy. 633.)

BLESSURE D'UNE ARTÈRE INTERCOSTALE.

744. *Signes diagnostiques.* Du sang s'écoule en grande quantité par une plaie des parois de la poitrine; ce sang est vermeil et écumeux, et paraît venir du bord inférieur de la côte qui se trouve immédiatement au dessus de la blessure. Si l'on introduit le doigt dans cette dernière et que l'on comprime l'artère intercostale la plus voisine, on voit aussitôt l'écoulement du sang s'arrêter.

(La blessure d'une de ces artères peut avoir lieu,

sans que les mêmes phénomènes se présentent ; ainsi, la plaie, très-étroite, est pénétrante (729), peu ou point de sang s'en échappe, mais les signes d'un épanchement sanguin dans la poitrine se manifestent (734). Dans ces cas, il est impossible de découvrir la source de l'hémorrhagie, et le traitement est le même, quel que soit le vaisseau lésé.)

745. *Indications, moyens.* Arrêter l'écoulement du sang en comprimant l'artère ouverte, au moyen d'un bourdonnet de charpie introduit dans la plaie et maintenu au-dehors par un fil ciré double, noué sur une compresse disposée en rouleau ; ou bien en enfonçant profondément dans la blessure un linge carré, au centre duquel on entasse de la charpie et dont on attire ensuite les quatre angles à l'extérieur. Si ces moyens ne suffisent pas, et que les signes de l'épanchement dans la poitrine se montrent, avoir recours au traitement commun des hémorrhagies par lésion de vaisseaux situés à l'intérieur du thorax (735).

FISTULE DES PAROIS DE LA POITRINE.

746. *Signes diagnostiques.* Une plaie des parois thoraciques ne s'est point cicatrisée entièrement, il est resté une ouverture qui fournit continuellement un pus abondant et plus ou moins altéré.

L'exploration de cette fistule à l'aide du doigt ou de la sonde fait reconnaître qu'elle est entretenue, soit par la présence d'un corps introduit du dehors ou

d'un fragment osseux, soit par l'existence d'un foyer purulent entre la plèvre et les côtes (714), dont l'ouverture est étroite ou située peu convenablement pour la libre évacuation du liquide qu'il renferme, soit par le décollement de la peau, soit par carie des côtes (717). (Voy. *Fistules*, 112 à 117.)

747. *Indications, moyens.* S'il existe un corps étranger, en faire l'extraction. Si l'ouverture est assez étroite pour empêcher le libre écoulement du pus, la dilater au moyen de l'éponge préparée, ou de tout autre corps susceptible de se gonfler graduellement, puis la maintenir ouverte et favoriser la sortie du liquide en y plaçant à demeure une sonde creuse; enfin, provoquer l'adhésion de ses bords et le recollement des parois de l'abcès, en faisant des injections légèrement excitantes. Si la fistule est située plus haut que le fond du foyer purulent, pratiquer une contre-ouverture à la partie déclive de celui-ci. S'il y a carie, recourir au traitement de cette affection. (Voy. 110.)

RÉGION DORSALE (*).

Tumeur ou tuméfaction.	Fracture des vertèbres avec déplacement. . . . . 748 Gibbosité. — Rachitis. — Carie des vertèbres. . . . . 752 Hydrorachis. . . . . 888 Rhumatisme. . . . . 750 Voy. *Tumeur*, au tableau des *Régions costales.* Voy. *Tumeur*, au tableau des *Maladies communes.*
Douleur.	Carie des vertèbres. . . . . 752 Rhumatisme. . . . . 750 Rachitis. . . . . 752 Fracture des vertèbres. . . . . 748 Voy. *Douleur*, au tableau des *Régions costales.* Voy. *Douleur*, au tableau des *Maladies communes.*
Solution de continuité.	*Voy.* (au tableau des *Régions costales.* au tableau des *Maladies communes.*)
Gêne de la respiration.	*Voy.* au tableau des *Régions costales.*

(*) Bornée *supérieurement* et *inférieurement* par deux lignes horizontales tirées l'une au niveau de l'apophyse épineuse de la septième vertèbre du cou, l'autre vis-à-vis la dernière vertèbre dorsale; *de chaque côté*, par une ligne qui s'étendant de l'une à l'autre de ces limites, suivant la direction du bord vertebral de l'omoplate.

FRACTURE DES VERTÈBRES.

748. *Signes diagnostiques.* Une percussion violente sur le trajet de la colonne épinière a produit aussitôt une douleur vive, accompagnée d'un bruit très-sensible pour le malade, et comme résultant d'une rupture intérieure. Les doigts promenés sur la série des apophyses épineuses, rencontrent dans un de ses points une interruption, des saillies irrégulières, des enfoncemens, et donnent lieu, par la pression, à de la douleur et à la crépitation. (Ordinairement on observe encore la paralysie des membres inférieurs, de la vessie et du rectum, qui indique une lésion de la moelle épinière.)

749. *Indications, moyens.* Ne point chercher à réduire les fragmens déplacés, dans la crainte d'augmenter la compression de la moelle ou de la produire si elle n'existe pas; mais seulement prévenir ou combattre les accidens inflammatoires, et faciliter la consolidation de la fracture par un repos absolu.

RHUMATISME AIGU.

750. *Signes diagnostiques.* Les muscles des gouttières vertébrales sont le siége d'une douleur très-vive, d'abord sans changement d'état de la peau, puis accompagnée de tuméfaction et de rougeur de cette membrane et d'un état fébrile plus ou moins

marque. Cette douleur est continue, déchirante, fixe ou vague, augmente par la plus légère pression, par le moindre mouvement, est survenue à la suite de l'impression subite d'un air froid et humide, ou chez un individu déjà affecté de douleurs rhumatismales habituelles.

751. *Indications, moyens.* Combattre cette affection par le traitement ordinaire des phlegmasies externes.

GIBBOSITÉ. — RACHITIS. — CARIE DES VERTÈBRES.

752. *Signes diagnostiques.* La colonne vertébrale présente dans sa portion dorsale une inflexion dont la convexité est en dehors et forme une tumeur plus ou moins volumineuse, arrondie ou angulaire, disposition en vertu de laquelle les autres courbures naturelles du rachis se trouvent plus marquées, ce qui produit le raccourcissement du tronc et donne à la station et à la progression un caractère particulier. Les côtes sont gonflées à leur extrémité sternale, où elles offrent des nodosités irrégulières très-apparentes sous la peau; leur courbure est en partie redressée, d'où résulte l'applatissement des côtés de la poitrine et la saillie du sternum en avant; les omoplates, saillantes en arrière, semblent se détacher du tronc. Ordinairement les os des membres présentent aussi des déviations plus ou moins considérables. (*Gibbosité.*)

752 *bis.* Ces diverses dispositions ne sont accompagnées d'aucun accident et n'influent en rien sur la

santé de l'individu ; ou bien on les observe chez un enfant qui présente les phénomènes suivans : Les extrémités articulaires des os longs sont gonflées, tandis que la partie moyenne des membres est très-grêle; la tête a un volume remarquable, les facultés intellectuelles sont très-développées, les traits de la face ont une expression composée, sévère, peu en rapport avec l'âge du sujet ; le ventre est habituellement gonflé, météorisé ; il y a de la fièvre ; et divers symptômes d'irritation abdominale chronique ; la sécrétion de l'urine est augmentee ; ce liquide est trouble, et dépose un sédiment blanchâtre abondant. (*Rachitis.*)

755. Sur le trajet des apophyses épineuses se présente une saillie qu'on reconnaît pour être produite par le redressement d'une de ces éminences osseuses ; le malade a senti précédemment et éprouve encore dans ce point une douleur constante peu vive, que n'augmente pas la pression.

Cet état ayant existé pendant un certain temps, la colonne vertébrale s'est fléchie peu à peu, la station est devenue difficile ou impossible ; l'engourdissement, puis la paralysie, se sont emparés des parties situées au-dessous du lieu malade ; et l'on remarque, soit dans les environs de la gibbosité, soit à l'aine, aux lombes, ou dans un point quelconque de l'abdomen ou du bassin, une tumeur offrant les caractères de l'abcès par congestion. (Voy. 12.) (*Carie des vertèbres.*)

755 *bis. Caractères anatomiques.* Chez le jeune sujet

rachitique, les os sont plus légers qu'à l'ordinaire, sont souples et fragiles, ont une couleur rouge-brune, et présentent dans leur tissu un grand nombre de vaisseaux sanguins dilatés ; ils sont comme spongieux, et pénétrés par un liquide sanieux, qu'on peut faire écouler en les pressant. Les parois du canal médullaire des os longs sont amincies, on ne trouve plus dans l'intérieur de l'os qu'une sérosité rougeâtre.

Quant à la gibbosité, si elle est ancienne et n'a point été accompagnée d'accidens paralytiques ni d'abcès par congestion, elle ne consiste qu'en un affaissement, une déformation du corps de plusieurs vertèbres dont le changement de direction a donné lieu à la courbure du rachis. Le tissu spongieux de ces os, précédemment ramolli, a toute sa dureté, et n'offre aucune solution de continuité. S'il y a eu pendant la vie des signes de carie de la colonne épinière (753), on rencontre dans le lieu de la gibbosité une destruction complète ou partielle de la partie spongieuse d'une ou de plusieurs vertèbres dorsales, un rapprochement du corps des vertèbres situées au-dessus et au-dessous de la portion détruite, remplissant ainsi l'intervalle laissé par cette dernière. Les cartilages intervertébraux et les ligamens voisins ne sont altérés que partiellement ou même sont parfaitement conservés. Au-devant de l'os désorganisé est une poche peu ou point saillante, formée par les faisceaux ligamenteux, le tissu cellulaire, les muscles et

autres parties molles environnantes, et contenant un pus ichoreux, mêlé à une matière floconneuse caséiforme; cette altération du corps des vertèbres a les caractères de la carie. (Voy. 109.)

754. *Indications, moyens.* Si la gibbosité est ancienne et sans accidens, l'abandonner à elle-même. Si elle est commençante, paraît tenir au ramollissement des os et non à leur destruction, on peut tenter le redressement du tronc au moyen d'un appareil mécanique exerçant une traction constante et graduée sur la colonne épinière.

Dans la plupart des cas, mais particulièrement quand il y a carie des vertèbres, 1°. combattre la cause interne (ordinairement les vices scrophuleux ou vénérien); 2°. éviter tout mouvement brusque et forcé qui pourrait augmenter le déplacement des surfaces osseuses; 3°. faire un usage raisonné des divers agens hygiéniques; 4°. enfin, et surtout, établir dans le voisinage du lieu malade une suppuration longue et soutenue, à l'aide d'exutoires. Ces divers moyens sont employés non pour détruire la gibbosité, ce qui est impossible, et serait téméraire dans beaucoup de cas, mais pour arrêter les progrès de l'affection et prévenir ainsi l'augmentation de la difformité, le marasme qui doit résulter de l'abondance de la suppuration, et la lesion de la moelle épinière, qui produirait la paralysie des membres inférieurs, de la vessie et du rectum.

MALADIES DU BAS-VENTRE.

PARTIE ANTÉRIEURE.

Maladies qu'on rencontre indifféremment dans tous les points de son étendue.

Tumeur ou tuméfaction.

- Péritonite. 758
- Blessure des intestins. 761
- — de gros vaisseaux. 763
- Epanchement sanguin dans la cavité du péritoine. 765
- Phlegmon entre le péritoine et les muscles. 768
- Hydropisie enkystée hors du péritoine. 771
- — de l'ovaire. 773
- — ascite.. 779
- Hernie abdominale simple.. 782 à 790
- Etranglement d'une hernie. . . . 793
- Engouement d'une hernie. . . . 797
- Hernie ventrale. 800
- *Voy.* le tableau de chaque *Région du bas-ventre.*
- Voy. *Tumeur*, au tableau des *Maladies communes.*

Solution de continuité.	Plaies. 755
	Anus contre nature. 808
	Voy. *Solution de continuité*, au tableau des *Maladies communes*.
	Voy. *Solution de continuité*, au tableau des autres *Régions du bas-ventre*.
Douleur. .	Péritonite. 758
	Blessure de l'intestin. 761
	Phlegmon entre le péritoine et les muscles 768
	Etranglement d'une hernie. 793, 797
	Epanchement de bile dans la cavité du péritoine. 803
	— de matière fécale dans la cavité du péritoine 805
	— d'urine. 807
	— sanguin. 765
	Voy. le tableau de chaque *Région du bas-ventre*.
	Voy. *Douleur*, au tableau des *Maladies communes*.

PLAIE DES PAROIS DU BAS-VENTRE.

755. Un instrument vulnérant a divisé les tégumens, les muscles et le péritoine; l'étendue de la blessure permet d'apercevoir les organes contenus dans la cavité abdominale; ou bien la direction qui a été imprimée à l'instrument, sa nature, ses dimensions comparées à la largeur de la plaie, à l'épaisseur des parties, font présumer que la cavité du péritoine est ouverte; cette plaie ne s'accompagne et n'est suivie d'aucune espèce d'accidens. (*Plaie pénétrante simple.*)

756. *Indications, moyens.* Réunir les bords de la division, favoriser leur union par une position du corps qui mette les muscles dans le relâchement ; par la suture, s'il y a écartement; enfin par l'application d'un bandage méthodique. Surveiller de près le malade pendant les premiers jours, afin de s'opposer aux accidens inflammatoires qui peuvent se développer.

757. Une plaie des parois abdominales est suivie ou de la sortie d'un des organes renfermés dans cette cavité, ou de symptômes de lésion de l'estomac, du foie, des intestins, de gros vaisseaux, des reins, de la vessie, etc. (*Voy.* les tableaux des *Régions abdominales.*) (*Plaie pénétrante compliquée.*)

PÉRITONITE AIGUE.

758. *Signes diagnostiques.* A la suite de plaie ou de contusion de l'abdomen avec ou sans symptômes de lésion des organes intérieurs, il survient de la fièvre, une douleur au ventre, augmentant par degré, s'exaspérant au moindre contact et s'accompagnant, dans le point où elle se fait sentir, de gonflement, de tension, et de chaleur brûlante de la peau.

Le pouls est petit, serré, fréquent, concentré; la face est pâle, ses traits sont tirés en haut et se rapprochent de la ligne médiane; la langue est blanchâtre; il y a des nausées, des vomissemens, du ho-

quet, de la constipation ; la respiration est fréquente, courte; et comme elle augmente la douleur du ventre, elle a lieu plutôt par le soulèvement des côtes que par les mouvemens du diaphragme.

759. *Caractères anatomiques.* Le péritoine est parsemé de points rouges, nombreux, qui occupent toute son épaisseur; ou bien il est injecté, épaissi, tapissé de productions membraniformes, d'apparence variable, recouvrant les circonvolutions intestinales, les unissant entre elles, ou avec le feuillet péritonéal qui revêt la paroi antérieure de l'abdomen. En même temps sa cavité renferme un liquide séreux plus ou moins transparent ou trouble, lactescent, sanguinolent, contenant des flocons albumineux, blancs, gris ou rougeâtres.

760. *Indications, moyens.* Combattre dès le principe cette phlegmasie par un traitement antiphlogistique très-actif.

BLESSURE DE L'INTESTIN.

761. *Signes diagnostiques.* Une plaie des parois abdominales est suivie de coliques légères, de douleurs vagues, de tuméfaction du ventre et de selles contenant du sang; ou bien, ce qui annonce un plus grand désordre, il y a des nausées, des vomissemens de matières alimentaires ou de liquides sanguinolens, des selles souillées de sang ou même une hémorrha-

gie abondante par l'anus ; le ventre est tendu, le pouls fréquent, concentré ; les extrémités sont froides ; la face est altérée.

762. *Indications*, *moyens*. Prévenir ou faire cesser l'inflammation du péritoine qui fait le principal danger de cette blessure, favoriser par le repos le plus absolu et la diète l'adhérence qui peut s'opérer entre les bords de la plaie de l'intestin et les parties voisines.

BLESSURE DE GROS VAISSEAUX SANGUINS DE L'ABDOMEN.

763. *Signes diagnostiques*. Un instrument piquant a divisé les parois de l'abdomen ; la situation de la plaie, sa direction et son étendue présumée portent à croire que l'aorte, la veine cave inférieure, la veine porte ou les branches qui en naissent, ont été lésées ; le blessé perd tout à coup ses forces ; son visage pâlit, son pouls devient petit, intermittent ; son ventre se tuméfie sans acquérir de la dureté ; il éprouve une anxiété extrême, des syncopes ; une sueur froide couvre bientôt son visage ; des mouvemens convulsifs surviennent, il meurt : ou bien ces accidens se suspendent pendant quelques instans ou même quelques jours, mais reparaissent inopinément et deviennent mortels. Quand le vaisseau blessé est d'un petit calibre ou que son ouverture est étroite, ces phénomènes sont peu marqués, plus lents à se développer, cessent

et sont suivis des symptômes de l'épanchement sanguin. (Voy. 765.)

764. *Indications, moyens.* Ralentir le cours du sang, le suspendre même pendant quelques instans en provoquant la syncope, afin de favoriser la formation du caillot sur l'ouverture du vaisseau. La saignée abondante et fréquemment répétée est le moyen le plus efficace, surtout quand il est secondé par la diète, un repos absolu, les boissons et les fomentations froides.

EPANCHEMENT SANGUIN DANS L'ABDOMEN.

765. *Signes diagnostiques.* Une plaie de l'abdomen produite par un instrument piquant ou un projectile lancé par la poudre, a été suivie d'accidens plus ou moins intenses résultant de la lésion de gros vaisseaux. (Voy. 763.) Ces premiers accidens ayant disparu, ceux de l'inflammation ayant cessé ou diminué; du sixième au douzième jour, une tumeur plus ou moins saillante, indolente, molle, circonscrite, s'est manifestée en un point du ventre (ordinairement à l'hypogastre, en dehors des muscles droits antérieurs, ou dans toute autre partie, mais surtout au côté sur lequel le malade reste couché) : cette tumeur devient bientôt douloureuse, fluctuante, diffuse, moins saillante; une tuméfaction générale du ventre paraît, et la douleur, partie du lieu primitivement gonflé, occupe

toute la paroi abdominale antérieure. Enfin, les phénomènes de la péritonite se développent.

Si cette dernière n'a pas fait succomber le blessé, on voit, dans un certain point, le gonflement augmenter; un abcès phlegmoneux se forme, s'ouvre, du pus s'en échappe, mêlé à des caillots sanguins plus ou moins altérés.

766 *bis*. *Caractères anatomiques*. Lorsque le malade meurt par l'effet de la péritonite, on trouve dans la cavité du péritoine un épanchement de matière séro-albumineuse, puriforme, contenant une plus ou moins grande quantité de sang décomposé. Dans le point où la tumeur primitive a existé, on découvre une poche accidentelle résultant d'adhérences formées entre les deux feuillets du péritoine autour d'un caillot sanguin dont une partie s'est épanchée dans l'abdomen par la destruction de quelques-unes de ces adhérences; on remarque en outre des traces de péritonite (759).

767. *Indications*, *moyens*. Donner issue au sang épanché en incisant les parois de l'abdomen au centre de la tuméfaction, aussitôt que les symptômes de l'inflammation consécutive commencent à paraître; s'abstenir, au contraire, de toute opération lorsque la péritonite est développée, s'occuper uniquement alors de combattre cette dernière.

PHLEGMON ENTRE LE PÉRITOINE ET LES MUSCLES.

768. *Signes diagnostiques.* Dans un point de l'abdomen (ordinairement à la suite de violence extérieure), s'est développée une douleur vive, brûlante, qu'augmentent beaucoup plus les grands mouvemens respiratoires et ceux du tronc que la pression. Nul autre symptôme local ne l'accompagne d'abord; mais peu après, le point qu'elle occupe se tuméfie, ou bien un gonflement général du ventre survient sans changement de couleur à la peau, qui n'est que brûlante dans l'un et l'autre cas.

Ces phénomènes ayant persisté pendant quelques jours, la peau rougit, un abcès se manifeste; à son ouverture, il s'écoule une quantité de pus plus considérable qu'on ne l'aurait présumé d'après le volume de la tumeur.

769. *Indications, moyens.* Dès que les symptômes inflammatoires locaux paraissent, les combattre par les moyens ordinaires; ouvrir la tumeur, aussitôt que la fluctuation s'y fait sentir, dans l'endroit où la présence du pus est le plus manifeste. Favoriser l'écoulement purulent au moyen d'une mèche placée à demeure dans la plaie pendant quelques jours.

770. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Phlegmon superficiel, 86; — Gonflement inflammatoire des divers organes abdominaux.

HYDROPISIE ENKYSTÉE HORS DU PÉRITOINE.

771. *Signes diagnostiques.* L'abdomen est le siége d'une tumeur circonscrite ou d'une tuméfaction très-étendue, uniforme comme dans l'ascite, ou bosselée et offrant une fluctuation sensible. Dans les différentes positions que prend le malade, le ventre ne change que très-peu de figure et paraît également distendu. L'emploi des diurétiques, des hydragogues, ne produit aucun effet sur cette tumeur.

La maladie a commencé par une saillie peu volumineuse, arrondie, circonscrite, élastique, sans changement d'état de la peau, ne produisant qu'un sentiment de tension ou un malaise local peu marqué. Cette tumeur s'est accrue lentement, s'est étendue par degrés sous les parois abdominales qu'elle distend.

Si cette affection est simple, quoique très-considérable, le malade (ordinairement une femme) n'éprouve d'autre incommodité que celle qui résulte du poids et du volume du ventre ; les urines conservent leurs qualités ordinaires, ne sont ni plus ni moins abondantes ; les digestions se font bien ; la marche, l'action de monter ne gênent pas beaucoup la respiration. (Lorsqu'elle est très-ancienne, ses complications ne permettent plus de la distinguer de l'ascite.)

772. *Caractères anatomiques.* La tumeur est formée par un kyste unique ou divisé en plusieurs parties

la

situé dans l'épaisseur de la paroi abdominale : les muscles abdominaux, amincis et plus ou moins désorganisés, le tissu cellulaire condensé ayant l'aspect d'une membrane, et les tégumens constituent sa paroi antérieure, tandis que sa paroi profonde est formée par le péritoine épaissi. La surface interne de ce kyste est lisse, polie, ou parsemée de tumeurs plus ou moins grosses, dures, comme squirrheuses; elle est en contact avec un liquide séreux, purulent ou gélatiniforme, de couleur variable, tantôt inodore, tantôt très-fétide.

773. *Indications, moyens.* Si la tumeur est récente, d'un volume peu considérable, est bien circonscrite et sans complication, donner issue au liquide qu'elle renferme, au moyen de l'incision, de la ponction ou de l'application de la potasse caustique; puis rapprocher les parois du kyste et favoriser leur recollement. Si la maladie est très-ancienne, très-étendue et compliquée, l'abandonner à elle-même. La ponction n'est praticable que dans le cas où la tumeur étant extrêmement volumineuse, la respiration ou toute autre fonction en est gravement troublée.

774. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Kyste sous-cutané; — Collection purulente par suite de suppuration profonde de quelque organe intérieur; — Hydropisie enkystée de l'ovaire, 775; — Ascite, 779.

HYDROPISIE ENKYSTÉE DE L'OVAIRE.

775. *Signes diagnostiques.* Chez une femme, une tumeur, d'abord très-petite, a paru dans un des côtés de la région hypogastrique. Cette tumeur est circonscrite, élastique, indolente, ou bien est douloureuse et donne lieu à la sensation d'un corps pesant suspendu dans l'abdomen. Si la malade se couche sur le côté opposé à la tumeur, celle-ci tombe, entraînée par son propre poids de ce côté; on ne peut encore y découvrir la fluctuation; il existe en outre quelques symptômes d'altération des fonctions de l'utérus; un doigt introduit dans le vagin trouve la matrice inclinée et déplacée par une tumeur pesante, inégale, rénitente, qu'on peut soulever et qu'on sent en même temps avec l'autre main dans le point correspondant de l'hypogastre.

Une tumeur a offert pendant un certain temps les caractères indiqués plus haut; son volume ayant augmenté par degrés, elle occupe la région iliaque voisine; les parois abdominales sont soulevées et tendues de ce côté, tandis qu'elles sont affaissées de l'autre.

On peut, en percutant cette tumeur, sentir l'ondulation d'un liquide, non pas d'un côté du ventre à l'autre, mais seulement dans une étendue plus ou moins limitée.

Ces symptômes existent depuis très-long temps; la

tumeur a acquis un volume considérable, le ventre est également distendu. La plupart des phénomènes de l'ascite se montrent. (A cette époque les signes anamnestiques seuls peuvent empêcher de confondre ces deux maladies.)

776. *Caractères anatomiques.* L'abdomen est occupé par une poche d'autant plus vaste que la maladie est plus ancienne. Cette poche ou kyste, partant du point occupé ordinairement par l'ovaire, dont on ne trouve plus de trace, ou bien adhérente à cet organe conservé sain ou offrant des altérations variées, a des parois membraneuses, parcourues par un grand nombre de veines dilatées ou de tumeurs squirrheuses; elle adhère, en beaucoup de points, au péritoine. En disséquant avec soin les parois abdominales, on trouve au-dessous des muscles une membrane formée par le feuillet péritonéal, et plus profondément une autre plus épaisse, très-adhérente à la première : c'est la tunique propre du kyste formée par la membrane d'enveloppe de l'ovaire. Cette cavité renferme un liquide séreux, limpide, légèrement jaunâtre, comme dans l'ascite, ou bien une liqueur visqueuse, foncée en couleur, trouble, bourbeuse ou sanguinolente; sa consistance est variable; quelquefois elle égale celle du miel ou de la gelée.

On peut y rencontrer aussi de petits kystes, remplis d'une substance plus ou moins épaisse et même concrète, ressemblant à du suif. Enfin, on y trouve quelquefois des masses de tissus de nouvelle forma-

tion, sur tout du tissu squirrheux, ainsi que des fragmens d'os, des dents, des cheveux, des hydatides, des calculs.

777. *Indications, moyens.* Si la maladie est peu ancienne, provoquer la résorption du liquide épanché par l'emploi des remèdes qui ont cette propriété. Si au contraire, elle est ancienne, l'abandonner à elle-même, comme incurable. Cependant, si la tumeur était assez considérable pour gêner quelque fonction très-importante, évacuer le liquide en pratiquant la paracentèse.

778. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Hydromètre, 1023, 1027; — Ascite, 779; — Hydropisie enkystée hors du péritoine, 771; — Grossesse.

HYDROPISIE ASCITE.

779. *Signes diagnostiques.* La paroi antérieure de l'abdomen présente un gonflement uniforme sans changement d'état de la peau; si l'on y exerce une percussion méthodique, on produit la fluctuation d'un point de l'abdomen à l'autre. Dans le commencement, le gonflement, la tension, n'occupent que la partie inférieure du ventre; alors, si le malade se couche, l'hypogastre est moins tendu, mais les régions iliaques s'élargissent et présentent une tumeur molle, fluctuante; peu à peu la tuméfaction gagne les parties supérieures, qui auparavant n'étaient que tendues, mais sans fluctuation; les digestions deviennent mau

vaises, l'altération de nutrition s'annonce par l'amaigrissement, par la pâleur du visage, la sécheresse et la coloration jaune de la peau, etc.; les urines sont rares, troubles, briquetées ou brunes.

Ces phénomènes ont existé plus ou moins longtemps; le volume de l'abdomen a augmenté, il est excessif; la paroi antérieure de cette cavité est très-bombée, amincie, la peau est luisante; les veines sous-cutanées sont dilatées et variqueuses; l'ombilic est saillant, quelquefois transparent et fluctuant; les fausses côtes sont soulevées; à ces symptômes locaux se joint une infiltration séreuse du tissu cellulaire de diverses parties du corps.

780. *Indications*, *moyens*. Combattre l'affection primitive qui a donné naissance à l'épanchement séreux; provoquer la résorption de celui-ci en produisant des évacuations abondantes et réitérées, au moyen de diurétiques, de drastiques énergiques, s'il n'existe aucune contre-indication.

Dans les cas où l'hydropisie tient à une lésion organique incurable; lorsqu'ayant résisté à l'emploi des remèdes internes, elle ne cesse de croître, et que le volume du ventre est excessif et nuit à l'exercice de quelque fonction très-importante, produire l'évacuation du liquide à l'aide de la ponction.

781. *Maladies qu'on pourrait confondre:* Hydropisie enkystée hors du péritoine, 771; — Hydropisie enkystée de l'ovaire, 775; — Tympanite (inégalité du

ventre dans le commencement, accroissement considérable en peu de temps, et surtout ballonnement de l'abdomen, qui devient sonore comme un tambour à la percussion, sont les signes qui distinguent la tympanite); — Grossesse. (On reconnaît la grossesse au gonflement des mamelles; à la présence dans l'hypogastre d'un corps arrondi formant une tumeur qui s'élève par degrés au-dessus du pubis, sans s'étendre également dans les fosses iliaques; aux mouvemens actifs du fœtus, et à certains changemens qu'éprouve le col utérin.

HERNIE ABDOMINALE SIMPLE.

782. *Signes diagnostiques.* Une tumeur plus ou moins volumineuse a paru subitement après un effort, ou lentement et sans cause déterminante appréciable, dans un point des parois abdominales. Cette tumeur est indolente, sans changement de couleur à la peau, qui roule sur elle et peut facilement en être écartée en la pinçant; elle est immobile à sa base; disparaît d'elle-même, ou par une légère pression, dans le décubitus sur le dos, mais se montre de nouveau dès que le malade se lève et marche; elle augmente de volume, se durcit, acquiert plus de rénitence pendant les grands mouvemens respiratoires, la station debout ou à genoux et la marche. Lors qu'elle est réduite, on trouve, à la place qu'elle occupait, l'ouverture qui lui livrait passage : si, appliquant la main sur cette ouverture, on engage le ma-

lade à tousser, on sent l'impulsion donnée par les parties réduites qui font effort pour sortir. (Souvent il arrive qu'une hernie volumineuse et ancienne n'est susceptible de réduction ni spontanément, ni par le taxis; mais les autres caractères existent, et les efforts pour tousser communiquent un mouvement d'expansion à la tumeur.)

783. *Indications*, *moyens*. Faire rentrer dans l'abdomen les parties déplacées, et les y maintenir au moyen d'une pression méthodique soutenue; exercée sur l'ouverture; chercher à provoquer l'adhésion des bords de celle-ci, quand la hernie est récente, par la compression aidée de l'application de topiques irritans.

Prévenir seulement l'accroissement de la hernie, si elle est ancienne et irréductible, en la soutenant au moyen d'un bandage à pelotte ou d'un suspensoir, et en n'exerçant sur elle qu'une pression douce et graduée.

784. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Tumeurs diverses. (Voy. *Tumeur*, au tableau des *Maladies communes*, et dans ceux des régions du ventre ou du bassin.)

ENTÉROCÈLE.

785. *Signes diagnostiques*. La hernie formée par une anse intestinale est arrondie, plus étroite auprès de l'ouverture que dans ses autres parties. Quand l'intestin contient des gaz, la tumeur est plus volumineuse, ballonée, égale, très-rénitente; lorsqu'il ren-

ferme des matières fécales, elle est molle et pâteuse, ou dure et inégale, suivant que ces matières sont liquides ou solides. La réduction de cette espèce de hernie se fait facilement et brusquement en s'accompagnant d'un bruit particulier appelé *gargouillement*, qui résulte du déplacement des gaz intestinaux.

786. *Indications*, *moyens*. (Voy. 783.)

ÉPIPLOCÈLE.

787. *Signes diagnostiques*. Une tumeur au bas-ventre présente, avec les signes communs des hernies (782), de la mollesse, de l'empâtement, des inégalités, et un poids assez considérable; la réduction n'est pas très-facile, se fait lentement, sans produire aucun bruit, et nécessite, pour être complète, que l'on comprime jusqu'à la dernière portion de la tumeur.

788. *Indications*, *moyens* (783). Si l'épiplocele ne peut être réduite, et qu'on suppose des adhérences, en provoquer l'atrophie au moyen d'une compression suffisante et soutenue; si elle est très-volumineuse, diminuer son étendue par le repos, les applications emollientes et en la soutenant à l'aide d'un bandage à pelote concave, qui tende, par une légère pression, à en produire lentement la réduction.

789. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Tumeurs diverses. (*Voy.* le tableau des *Maladies communes*, et celui qui précède chaque région du bas-ventre.)

ENTÉRO-ÉPIPLOCÈLE.

790. *Signes diagnostiques.* Une tumeur offre les caractères réunis de l'entérocèle et de l'épiplocèle (785, 787). La compression en fait rentrer une partie brusquement et en produisant le gargouillement, tandis qu'elle ne peut réduire l'autre que lentement, par degrés et sans qu'aucun bruit se manifeste.

791. *Indications, moyens.* (Voy. 788.)

792. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Tumeurs diverses (*Voy.* le tableau des *Maladies communes*, et celui de chaque région du bas-ventre.)

ÉTRANGLEMENT D'UNE HERNIE.

793. *Signes diagnostiques.* Une hernie est devenue tout à coup irréductible; le malade se plaint d'une douleur très-vive, augmentant pendant la toux et la station debout, et qui, partant de la tumeur, s'étend à l'ombilic et aux autres régions du ventre; il éprouve en même temps une anxiété très-grande à l'épigastre, des nausées et des vomissemens; les selles sont supprimées, le ventre est tendu; il survient du hoquet, de la fièvre et tous les symptômes de l'étranglement avec inflammation (794), si l'on ne parvient à faire cesser la constriction des organes herniés. (*Etranglement simple.*)

794. Les signes de l'étranglement se sont manifestés

dans une hernie récente ou dans une hernie ancienne dont le volume a augmenté tout à coup par l'effet d'un effort violent, d'une percussion, d'une compression du ventre ou d'un mouvement brusque qui a nécessité des contractions subites et énergiques des muscles de l'abdomen et du diaphragme. La tumeur est dure, très-douloureuse; les tégumens qui la recouvrent sont tendus ou même enflammés; la fièvre s'est développée, le pouls est très-fréquent et concentré; le hoquet, des nausées et des vomissemens pénibles ont lieu; les matières vomies, qui d'abord ont été des alimens et des boissons, consistent en liquides bilieux, glaireux, répandant l'odeur des matières fécales.

Ces symptômes deviennent de plus en plus marqués, la gangrène s'empare de la tumeur.

(Cette terminaison fâcheuse s'annonce par la disparition complète des phénomènes de l'inflammation, par un calme parfait et d'autant plus apparent qu'il avait été précédé du plus haut degré d'intensité des symptômes inflammatoires; mais bientôt après le hoquet reparaît, le pouls est petit, intermittent, tremblottant, la peau se couvre d'une sueur froide, les traits de la face s'altèrent, le ventre est affaissé; la hernie est insensible, molle, pâteuse et fait entendre, si on la comprime, une espèce de crépitation comme dans l'emphysème; enfin une évacuation abondante et fétide a lieu spontanément par l'anus. (*Etranglement avec inflammation.*)

795. *Indications, moyens.* Faire cesser la constriction

qu'éprouve la hernie, et remettre les parties dans leur place naturelle. On cherche d'abord à réduire au moyen du taxis, mais avec précaution et tant qu'il n'y a point de symptômes d'inflammation. Si les premiers essais ne réussissent pas, on a recours à un traitement antiphlogistique très-actif. Enfin, si la hernie reste toujours irréductible et devient de plus en plus douloureuse, on doit procéder promptement au débridement des bords de l'ouverture.

S'il y a gangrène, ouvrir la tumeur pour donner issue aux matières putrides qu'elle renferme; exciser les lambeaux gangrénés, ou hâter leur chute par des pansemens convenables; mais ne point agrandir l'ouverture par laquelle la hernie s'est faite, à moins que son peu d'étendue soit un obstacle à l'écoulement facile des matières fécales; puis attendre que le cours naturel de celles-ci se rétablisse, si cela est possible, ou qu'un anus artificiel se forme. Dans ce cas, favoriser l'établissement de cette fistule en introduisant une tente dans la plaie, en maintenant la portion de l'intestin gangrénée en rapport avec l'ouverture extérieure, au moyen d'un fil dont l'anse est passée dans le mésentère et dont les extrémités sont fixées au dehors; enfin, prévenir le rétrécissement de l'intestin, en donnant au malade une suffisante quantité d'alimens, après la disparition des phénomènes inflammatoires.

796. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Etranglement interne; — Engouement d'une hernie, 797;

— Péritonite ; — Inflammation d'un des organes abdominaux, coïncidant avec l'existence d'une hernie ou d'une tumeur de toute autre nature sur un point de l'abdomen.

ENGOUEMENT D'UNE HERNIE.

797. *Signes diagnostiques.* Une hernie ancienne, mal contenue ou habituellement sortie, présente plus de volume qu'à l'ordinaire, est devenue dure, pâteuse, irréductible, un peu sensible ; les excrétions alvines sont suspendues ; le ventre est distendu, indolent ou légèrement douloureux ; il est survenu des nausées, des vomissemens peu fréquens, sans de violens efforts et comme par regorgement. Le pouls a conservé son état naturel.

A ces symptômes succèdent bientôt ceux de l'étranglement avec inflammation (794).

798. *Indications, moyens.* Débarrasser l'intestin en excitant sa contractilité au moyen de purgatifs administrés en lavement ou par la bouche ; chercher à réduire la hernie soit par des applications toniques froides, soit par le taxis, qu'on ne doit pratiquer qu'avec beaucoup de précautions, et qui doit être abandonné dès que la tumeur commence à devenir douloureuse. Prévenir enfin l'inflammation par le traitement ordinaire, ou même en pratiquant l'opération de la hernie étranglée, si tous les moyens em-

ployés n'empêchent pas l'accroissement des symptômes.

799. *Maladies qu'on pourrait confondre.* Etranglement, 793; — Etranglement interne; — Péritonite; — Lésion de quelque organe contenu dans l'abdomen.

HERNIE VENTRALE.

800. *Signes diagnostiques.* (Voy. 782, 785, 787, 790, 793, 797.) On est convenu de nommer ainsi la hernie dans laquelle les organes sortent à travers une ouverture accidentelle produite par l'écartement ou la rupture des fibres aponévrotiques ou musculaires des parois abdominales, pour la distinguer des déplacemens qui ont lieu par les ouvertures naturelles et qui ont reçu des noms différens selon la région du ventre qu'ils occupent.

801. *Indications, moyens.* (Voy. 783, 788, 795.)

802. *Maladies qu'on pourrait confondre*: Tumeurs diverses. (*Voy.* le tableau des *Maladies communes*, et ceux des *Régions abdominales.*)

EPANCHEMENT DE BILE DANS LA CAVITÉ DU PÉRITOINE.

803. *Signes diagnostiques.* Une douleur brûlante, des plus vives, s'est manifestée dans l'hypochondre droit peu d'instans après une blessure dont la position, la profondeur, la direction, font présumer que la vési-

cule ou les canaux biliaires ont été intéressés ; le ventre s'est météorisé avec rapidité ; il existe une constipation opiniâtre ; enfin, tous les symptômes de la peritonite apparaissent.

804. *Indications, moyens.* L'épanchement de la bile dans l'abdomen ne pouvant être prévenu ni arrêté, et produisant nécessairement la mort par une péritonite suivie de gangrène, il n'y a d'autre indication à remplir que de combattre cette phlegmasie par un traitement antiphlogistique énergique.

ÉPANCHEMENT DE MATIÈRES FÉCALES.

805. *Signes diagnostiques.* Une plaie pénétrante de l'abdomen a été suivie, au bout de quelques instans, de douleurs vives, puis de tous les phénomènes qui accompagnent la lésion des intestins (Voy. 761) ; ou bien (ce qui seul peut rendre le diagnostic bien certain) des matières fécales s'échappent par la plaie, ou l'intestin blessé paraît au dehors.

806. *Indications, moyens.* (Voy. 762.)

ÉPANCHEMENT D'URINE DANS LA CAVITÉ DU PÉRITOINE.

807. *Signes diagnostiques.* Une blessure des régions inférieures de l'abdomen a été suivie presque immédiatement de douleurs intolérables partant de l'hypogastre, s'étendant de là aux autres parties du ventre et suivie bientôt de tous les symptômes d'une

péritonite intense. En même temps se sont manifestés les signes de blessure de la vessie urinaire ou du rein. (Voy. 865, 868.)

ANUS CONTRE NATURE.

808. *Signes diagnostiques.* Une ouverture fistuleuse occupe un point de l'abdomen qui a été le siége d'une plaie pénétrante intéressant l'intestin (761), ou d'une hernie avec étranglement, terminée par gangrène (793), ou d'un abcès profond développé par suite d'inflammation d'une portion du tube intestinal adhérente à la paroi abdominale. Cette ouverture fournit habituellement des gaz et des liquides fétides, si elle est récente; elle donne passage, si elle est ancienne, à la plus grande partie des excrémens. Dans le premier cas, les selles ont lieu comme à l'ordinaire; dans le second, il ne sort par l'anus que peu de matières fécales, dures, blanchâtres et ressemblant à de petites masses graisseuses. Les bords de cette ouverture sont saillans, rouges et recouverts d'une membrane muqueuse; la peau environnante est plissée, d'une couleur rouge brunâtre, quelquefois ulcérée et calleuse.

Au lieu d'une simple fistule, on rencontre une tumeur rouge, fongueuse, percée à son centre d'une seule ou de plusieurs ouvertures disposées en arrosoir, et versant des matières stercorales. Cette tumeur a l'apparence d'un bourrelet circulaire résultant de la superposition de plusieurs segmens de cercles, ou

bien est allongée, et de forme conique ou cylindrique; elle est formée par une membrane muqueuse rouge, plus ou moins dure et épaisse, humectée de mucosités blanchâtres fétides, et couverte d'inégalités, de replis valvulaires. Assez souvent on y remarque des mouvemens ondulatoires qui tendent à augmenter ou à diminuer son volume. (*Anus contre nature avec renversement de l'intestin.*)

809. *Caractères anatomiques.* L'orifice extérieur communique avec une ouverture correspondante de l'intestin, au moyen d'un trajet fistuleux plus ou moins long, tapissé par une membrane rougeâtre couverte de mucosités. La peau voisine est saine et adhérente aux muscles sous-jacens, ou bien elle est décollée dans une certaine étendue, et présente diverses altérations.

Si l'anus contre nature est le résultat d'une plaie ou d'une légère perte de susbstance de l'intestin, les deux bouts de celui ci se dirigent presque parallèlement à la paroi abdominale, et ne s'en écartent un peu qu'après y avoir adhéré dans le point correspondant à l'ouverture fistuleuse; la partie de l'intestin qui est unie au mésentère forme un angle ouvert en arrière, et présente du côté de la cavité intestinale, vis-à-vis l'ouverture accidentelle, une saillie très-obtuse.

Si, au contraire, l'anus contre nature s'est formé à la suite d'étranglement de hernie avec gangrène d'une grande partie de l'anse intestinale, on trouve une espèce de poche (*entonnoir membraneux*) dont

le sommet répond à l'ouverture extérieure et dont la base embrasse les deux bouts de l'intestin, entre lesquels elle établit ainsi une communication. Les parois de cet entonnoir membraneux sont formées en dehors par le péritoine, qui constituait le sac herniaire et qui a été attiré peu à peu à l'intérieur avec l'intestin; en dedans, par une membrane muqueuse accidentelle qui, d'une part, se confond avec la tunique interne de l'intestin, de l'autre, va tapisser le trajet fistuleux et former le contour de l'ouverture cutanée. Dans cette cavité existe une sorte d'éperon qui interrompt plus ou moins complètement la continuité du tube intestinal, et qui est d'autant plus saillant que les matières fécales sortent plus abondamment par l'anus artificiel. Cet éperon est formé par la portion mésentérique de la paroi intestinale qui s'avance vers l'orifice extérieur en formant en arrière un angle aigu. (Ce sont ces deux portions de paroi de l'intestin, ainsi affrontées en arrière, qu'on cherche à faire adhérer, et qu'on divise ensuite, dans l'opération qui a pour but de guérir l'anus contre nature.)

Si, par suite d'étranglement d'une hernie, l'intestin a été gangréné dans toute son épaisseur, son bout supérieur est abouché directement et à angle droit avec l'ouverture fistuleuse; le bout inférieur, disposé de la même manière, est en outre rétreci, et présente un épaississement remarquable de ses membranes. L'orifice de chacun d'eux est séparé de l'autre

par une cloison qui s'avance jusqu'au niveau de l'ouverture extérieure, et qui résulte, ainsi qu'il a été dit, de l'adossement des deux bouts de l'intestin.

Après la guérison de l'anus contre nature, on voit que la continuité du canal intestinal est rétablie au moyen d'un appendice ou poche à parois membraneuses, qui s'étend du lieu où était la perte de substance de l'intestin, à celui qu'occupait l'ouverture de la paroi abdominale. Cet appendice a sa partie la plus large insérée aux deux bouts de l'intestin, qu'elle fait communiquer entre eux; son sommet, fixé à la cicatrice extérieure, est plus étroit, ou même converti, plus ou moins complètement, en un cordon cellulo-fibreux.

809 *bis*. *Indications*, *moyens*. Si la maladie est ancienne, est le résultat d'une solution de continuité par instrument tranchant, si l'ouverture donne passage à la totalité des excrémens (ce qui indique que le bout inférieur est rétracté et point en rapport avec le supérieur, ou qu'il est rétréci ou complètement bouché); ou bien, si l'anus artificiel est récent, résulte d'une perte de substance peu considerable, et tend à la guérison, le traitement, dans ces différens cas, doit être palliatif et ne tendre qu'à combattre les complications et à diminuer les incommodités qu'entraîne cette affection. Il suffit, en conséquence, de prévenir ou faire cesser l'inflammation des tegumens voisins par les soins de propreté, de maintenir sur l'ouverture un appareil exactement adapté aux parties et qui puisse, sans gêner le malade, recueillir les ma-

tières et empêcher l'odeur de se répandre au-dehors ; enfin, de réduire la portion qui fait saillie, s'il y a renversement, ou d'en diminuer le volume au moyen d'une compression douce et graduée.

Le traitement curatif présente deux indications principales, savoir : 1°. rétablir la continuité du canal, si elle est totalement interrompue, ou seulement augmenter le diamètre du bout inférieur ; 2°. favoriser la cicatrisation de l'ouverture fistuleuse. On élargit le bout inférieur, en y introduisant chaque jour une tente dont on augmente graduellement le volume. Cette tente a également pour but de repousser l'éperon et de redresser l'angle formé derrière lui. On rétablit la continuité du canal et l'on favorise le cours des matières fécales dans ses parties inférieures, soit en divisant la cloison membraneuse après avoir provoqué l'adhésion des deux parois intestinales adossées, en les traversant avec une aiguille portant une mèche rendue de plus en plus grosse ; soit en produisant la même adhésion entre les deux bouts d'intestin, et la mortification de l'éperon en comprimant celui-ci, pendant un temps convenable, entre les mors irréguliers d'un entérotome. La cicatrisation de l'ouverture extérieure s'opère seule dès qu'à l'aide de ces moyens le cours naturel des matières est rétabli et qu'on empêche leur passage par la fistule en tenant celle-ci fermée ; quelquefois, cependant, il est nécessaire d'aviver les bords de cette ouverture pour qu'ils se réunissent.

RÉGION SUS-OMBILICALE (*).

Douleur..	Blessure du foie. 810
	— de l'estomac. 813
	— du diaphragme. 815
	Hépatite. 818
	Abcès du foie. 821
	Voy. tableau des *Maladies communes*, et le premier tableau des *Maladies du bas-ventre*, pag. 276.
Tumeur, ou tuméfaction.	Tumeur formée par la vésicule biliaire. 825
	Hernie de la ligne blanche.. . . . 828
	— épigastrique. 831
	— graisseuse. 834
	Hépatite. 818
	Abcès du foie. 821
	Voy. le tableau des *Maladies communes*, et le premier tableau des *Maladies du bas-ventre*, pag. 275.
Écoulement insolite.	Blessure du foie. 810
	— de l'estomac. 813
	Abcès du foie. 821
	Fistule biliaire.. 838
	Voy. le tableau des *Maladies communes*.
Solution de Continuité.	Fistule biliaire.. 838
	Voy. le tableau des *Maladies communes*, et le premier tableau des *Maladies du bas-ventre*, pag. 276.

(*) Bornée, *en haut*, par la ligne courbe qui unit l'épigastre à la poitrine; *latéralement*, par la série d'articulations des fausses côtes avec leurs cartilages; *en bas* par une ligne horizontale passant sur l'ombilic.

BLESSURE DU FOIE.

810. *Signes diagnostiques.* Une plaie pénétrante (755) occupe un des derniers espaces intercostaux, ou le voisinage du rebord des fausses côtes du côté droit; un sang noir, épais, s'en écoule; le malade éprouve une douleur vive et profonde partant de la région du foie, et s'étendant à l'épaule correspondante et jusqu'au cou; sa respiration est courte, difficile et douloureuse; son pouls est fréquent et concentré : il éprouve de l'amertume à la bouche, des vomissemens, le hoquet, des frissons vagues. Enfin, un ictère général ou partiel et tous les symptômes d'hépatite apparaissent. (Voy. 818.)

811. *Indications, moyens.* Prévenir ou combattre les accidens inflammatoires.

812. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Blessure du diaphragme, 815; — de l'estomac, 813; — de l'intestin, 761; — Péritonite, 758.

BLESSURE DE L'ESTOMAC.

813. *Signes diagnostiques.* Une plaie pénétrante (755) existe ou sur les côtés de l'appendice xiphoïde du sternum, ou dans l'espace compris entre cet appendice et l'ombilic, ou entre les fausses côtes gauches, près de leur rebord cartilagineux. Cette plaie est suivie d'une douleur vive et profonde dans

la région occupée par l'estomac; il survient des vomissemens de matières alimentaires, chimeuses, mêlées à du sang; des selles sanguinolentes ont lieu, et la plaie donne issue à une matière aigre, brunâtre, semblable à celle qui est rejetée par le vomissement. A ces phénomènes se joignent bientôt des symptômes généraux plus ou moins graves, et surtout ceux de la péritonite et de l'inflammation de l'estomac.

814. *Indications, moyens.* Prévenir l'épanchement des matières alimentaires dans la cavité du péritoine, en provoquant d'abord leur expulsion par le vomissement, au moyen de la titillation de l'arrière-bouche, et en tenant ensuite le malade à une diète absolue. Empêcher ou arrêter le développement de la péritonite et de l'inflammation de l'estomac par un traitement antiphlogistique très-actif.

BLESSURE DU DIAPHRAGME.

815. *Signes diagnostiques.* Un instrument piquant a pénétré dans l'abdomen en se dirigeant vers le diaphragme : peu après, la respiration est devenue douloureuse, difficile, comme convulsive ; une toux sèche et fréquente, le hoquet, des vomituritions et le rire sardonique, se montrent.

816. *Indications, moyens.* Prévenir ou combattre les accidens inflammatoires par les moyens ordinaires.

817. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Blessure

des divers organes placés dans le trajet de la plaie, 761, 810, 813.

HÉPATITE.

818. *Signes diagnostiques.* A la suite de frissons irréguliers, d'ardeur dans le ventre, une douleur s'est fixée dans un des points de la région occupée par le foie. Cette douleur sourde, profonde, continue, augmente par la pression et par la toux, s'étend à l'épaule droite et au côté correspondant du col; la difficulté de respirer, une toux sèche, peu fréquente, et quelquefois le hoquet, s'y joignent, ainsi que des nausées, des vomissemens, une fièvre continue avec redoublemens: la bouche est amère et sèche, la soif est vive; la peau, les conjonctives, présentent une teinte jaune; les urines sont safranées ou rouges et troubles. Il y a en même temps constipation, ou bien les matières des selles sont sèches, grisâtres ou blanchâtres. (*Hépatite aiguë.*)

819. Le malade éprouve habituellement dans la région du foie une douleur sourde, qu'augmentent les mouvemens de la respiration et la pression. Cette douleur est accompagnée d'une tuméfaction et d'une dureté de l'organe, apparentes à l'extérieur, de trouble dans la digestion, et de la teinte jaune de la peau. Ces phénomènes ayant existé pendant un certain temps, il est survenu de la fièvre, des frissons irréguliers, une douleur plus vive; enfin, les signes

de l'abcès du foie se présentent. (821.) (*Hépatite chronique.*)

820. *Indications, moyens.* Faire cesser l'inflammation locale par l'emploi des saignées, des émolliens et des dérivatifs.

ABCÈS DU FOIE (*sur la face supérieure ou le bord antérieur de cet organe*).

821. *Signes diagnostiques.* Des symptômes très-intenses d'hépatite ont eu lieu; ils ont persisté au-delà de huit ou dix jours, malgré l'emploi des moyens convenables. La douleur a été vive, pulsative; puis elle a diminué; mais il est resté de la fièvre avec redoublement le soir, avec chaleur brûlante de la peau, rougeur des pommettes, soif, diarrhée et œdème des pieds.

822. Dans l'hypochondre droit ou à l'épigastre, s'est formée ensuite une tumeur d'abord peu saillante, large, résistante, accompagnée de l'empâtement des tégumens, offrant plus tard de la mollesse, une fluctuation obscure à son sommet seulement, tandis que sa base ou sa circonférence reste dure, gonflée, et paraît unie aux parties voisines. Si l'on pratique une ouverture au centre de cette tumeur, on en voit sortir une substance ayant l'apparence de la lie de vin, et qui par le repos se sépare en deux parties, l'une, surnageant et possédant les caractères du pus, l'autre, déposée au fond du vase, très épaisse, rou-

geâtre, et dans laquelle on peut reconnaître, en la lavant, des fragmens de la substance du foie.

823. *Indications, moyens.* Hâter la maturité de l'abcès au moyen de cataplasmes émolliens ou maturatifs ; donner issue au pus par une incision suffisante dès que la fluctuation paraît, et prévenir ainsi son épanchement dans le ventre. Si l'ouverture de la tumeur s'est faite spontanément, l'agrandir pour faciliter l'écoulement du liquide purulent et prévenir la formation d'une fistule.

824. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Tumeur formée par la vésicule biliaire, 825 ; — Tumeurs diverses. (*Voy.* le tableau des *Maladies communes* et ceux des *Régions de l'abdomen.*)

TUMEUR FORMÉE PAR LA VÉSICULE BILIAIRE.

825. *Signes diagnostiques.* Pendant le cours ou à la fin d'une hépatite, ou bien à la suite de symptômes annonçant la présence de calculs à l'intérieur de la vésicule ou des canaux biliaires, une tumeur a paru sous le bord des cartilages des fausses côtes droites, vers le bord externe du muscle sterno-pubien du même côté. Cette tumeur s'étend plus ou moins loin dans l'hypochondre droit, dans l'épigastre ou vers l'ombilic ; elle est circonscrite, présente de la fluctuation dans tous les points de son étendue et dès le commencement de son apparition ; les tégumens qui la recouvrent sont mobiles et souples : pendant les

grandes inspirations elle éprouve de la tension et devient un peu sensible : si l'on y pratique une ouverture, ou si elle s'ouvre spontanément, il s'en écoule une quantité plus ou moins considérable de bile, en raison de son volume apparent.

Quelquefois, après avoir existé pendant un certain temps, cette tumeur disparaît tout-à-coup, et des vomissemens bilieux ou des déjections de bile par l'anus se manifestent.

826. *Indications, moyens.* Combattre la cause de l'occlusion des canaux biliaires, afin de rétablir le cours de la bile et vider ainsi la vésicule. Si les moyens mis en usage pour parvenir à ce but sont sans effet, donner issue au liquide accumulé par une incision, mais seulement dans le cas où l'on est bien certain que la poche a contracté des adhérences avec les parois de l'abdomen ; ce que peuvent faire présumer l'ancienneté de la maladie, le développement d'accidens inflammatoires locaux plus ou moins répétés, et surtout la non-mobilité de la tumeur dans les diverses positions que prend le malade.

827. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Abcès du foie, 821 ; — Tumeurs diverses. (*Voy.* tableau des *Maladies communes.*)

HERNIE DE LA LIGNE BLANCHE.

828. *Signes diagnostiques.* Sur le trajet de la ligne blanche est une tumeur oblongue, augmentant quand

le malade est debout, tousse ou crie, et produisant alors des tiraillemens, du malaise ou même des nausées, mais se réduisant d'elle-même par la situation horizontale, qui fait également cesser les divers phénomènes qui l'accompagnaient. Si, tenant le malade dans cette position, on place l'extrémité des doigts sur le trajet de la ligne blanche, on distingue un intervalle entre les deux muscles droits antérieurs; si on recommande alors au malade de lever la tête, on sent que les viscères tendent à s'engager dans cet intervalle, et les doigts s'y trouvent serrés. L'écartement augmente si, pendant la station, on fait fléchir le haut du corps en avant; il diminue, au contraire, par l'extension du tronc.

829. *Indications, moyens.* (Voy. *Hernie ombilicale*, 853.)

830. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Hernie ombilicale, 845, 849, 852.

HERNIE ÉPIGASTRIQUE, DITE DE L'ESTOMAC.

831. *Signes diagnostiques.* A l'épigastre, au-dessous ou à côté de l'appendice xiphoïde, ordinairement à gauche, est une tumeur offrant les caractères généraux des hernies abdominales. (*Voy.* 782 à 790.) En outre, le malade éprouve dans ce lieu une douleur qui augmente lorsqu'il tousse, ou se tient debout, ou fait quelque effort, et qui l'oblige alors à porter sa main sur la tumeur pour se soulager. La digestion

est souvent troublée ; il existe divers symptômes locaux et sympathiques d'irritation de l'estomac, comme nausées, vomissement, hoquet, sécheresse de la bouche, spasmes, convulsions, étouffemens presque continuels, lassitude des membres, etc. Lorsque le malade est couché sur le dos et a l'estomac vide, il se sent mieux, quelquefois même les accidens cessent entièrement. Si l'on examine alors l'épigastre, on distingue par le toucher un écartement des deux muscles droits ; et pendant que le malade tousse, ou fait quelque autre grand mouvement respiratoire, on sent les viscères venir frapper les doigts.

832. *Caractères anatomiques.* Au travers d'un écartement des fibres aponévrotiques de la ligne blanche, on trouve une tumeur formée par le déplacement d'une portion de l'arc du colon, de l'épiploon ou de l'estomac ; ces parties sont renfermées dans un sac herniaire formé par le péritoine, qu'elles ont poussé au-devant d'elles.

833. *Indications, moyens.* Les mêmes que dans les autres hernies.

HERNIE GRAISSEUSE.

834. *Signes diagnostiques.* Sur un point de la ligne blanche (ordinairement à la partie supérieure) est une tumeur irréductible, indolente, sans symptômes d'irritation de l'estomac, développée lentement et ayant plusieurs des caractères de l'épiplocèle. 787.)

835. *Caractères anatomiques.* Cette tumeur est formée par une substance graisseuse, dure, dépourvue d'enveloppe membraneuse et placée immédiatement sous la peau : elle est portée sur un pédicule qui, traversant un écartement de la ligne blanche, va s'insérer à la surface du péritoine.

836. *Indications, moyens.* Enlever cette tumeur au moyen de la ligature si elle est pédiculée, ou de l'excision si elle a une base large; prévenir ensuite la formation d'une hernie en exerçant une compression habituelle sur le lieu qu'elle occupait.

837. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Épiplocèle, 787; — Tumeurs diverses. (Voy. *Tumeur*, au tableau des *Maladies communes* et dans ceux des *Régions abdominales.*)

FISTULE BILIAIRE.

838. *Signes diagnostiques.* Une ouverture fistuleuse existe dans le voisinage du foie; elle donne issue à de la bile, à des calculs, et a été précédée d'une tumeur formée par la vésicule biliaire (825).

839. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Fistules diverses. (*Voy.* le tableau des *Maladies communes.*)

RÉGION OMBILICALE (*).

Tumeur, ou tuméfaction.	Hydromphale.	840
	Tumeur fongueuse de l'ombilic. .	842
	Hernie ombilicale congéniale. . .	845
	— des enfans..	849
	— des adultes.	852
	Voy. le premier tableau des *Maladies du bas-ventre*, pag. 275.	
	Voy. le tableau des *Maladies communes*, pag. 4.	
Solution de continuité.	Fistule urinaire.	842, 1104
	— stercorale.	1083
	— biliaire.	858
	Tumeur fongueuse de l'ombilic.	842
	Anus contre nature.	808
	Voy. le premier tableau des *Maladies du bas-ventre*, pag. 276.	
	Voy. le tableau des *Maladies communes*, pag. 5.	
Ecoulement insolite. . .	Tumeur fongueuse de l'ombilic.	842
	Fistule urinaire.	842, 1104
	— stercorale.	1083
	— biliaire.	858
	Anus contre nature.	808
	Voy. le tableau des *Maladies communes*, pag. 5.	

(*) Comprenant seulement l'espace occupé par la cicatrice ombilicale.

HYDROMPALE OU TUMEUR ENKYSTÉE SUS-PÉRITONÉALE DE L'OMBILIC.

840. *Signes diagnostiques.* L'ombilic est soulevé par une tumeur molle, élastique, comme transparente (ordinairement mobile), sans symptômes inflammatoires avant ou depuis sa formation, ne pouvant être ni diminuée ni réduite par la pression, et fournissant par la ponction ou l'incision de ses parois un liquide séreux.

841. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Abcès froid, 8; — Tumeurs diverses. (*Voy.* le tableau des *Maladies communes*, et ceux des *Régions de l'abdomen.*)

TUMEUR FONGUEUSE DE L'OMBILIC.

842. *Signes diagnostiques.* Sur l'ombilic s'est élevée une excroissance molle, rougeâtre, inégale, percée de plusieurs ouvertures qui donnent sans cesse passage à un liquide qu'on reconnaît facilement, à son odeur et à ses autres qualités physiques, pour être de l'urine. (Ordinairement, dans ce cas, il y a occlusion congéniale du canal de l'urètre.)

843. *Caractères anatomiques.* Cette tumeur est formée par le boursouflement du tissu cellulaire de l'ombilic et par l'extrémité supérieure de l'ouraque, ou plutôt par un prolongement de la membrane muqueuse de la vessie, qui s'étend le long de ce canal jusqu'à l'ouverture extérieure.

844. *Indications, moyens.* Rétablir le cours de l'urine par l'urètre, en remédiant au vice de conformation qui existe, puis détruire la tumeur fongueuse en la liant à sa base.

HERNIE OMBILICALE CONGÉNIALE.

845. *Signes diagnostiques.* Un enfant a apporté en naissant une tumeur à l'ombilic. Cette tumeur est molle, élastique, réductible, devient plus rénitente et tend à augmenter pendant la toux ou les cris du malade. Sa base répond à l'anneau qui l'embrasse; à son sommet est le cordon ombilical qui semble en sortir. Opaque à sa base, où elle est recouverte par la peau, elle est au contraire transparente dans le reste de son étendue, de sorte qu'on peut apercevoir les parties qu'elle renferme à travers son enveloppe formée par les membranes du cordon.

846. *Caractères anatomiques.* La hernie est formée par une portion plus ou moins considérable de l'intestin ou de l'épiploon, qui sort à travers l'anneau ombilical situé au centre de la base de la tumeur. Les parties déplacées se trouvent au milieu du tissu cellulaire qui unit les vaisseaux du cordon. Ces vaisseaux, séparés les uns des autres, sont disposés de manière que la veine est toujours placée en dessus, et les artères sont situées soit au-dessous, soit sur les côtés.

847. *Indications, moyens.* Repousser dans l'abdomen les viscères sortis, empêcher leur déplace-

ment ultérieur et provoquer l'occlusion de l'ouverture au moyen d'une compression prolongée pendant un temps suffisant.

848. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Gonflement œdémateux ou de toute autre nature du cordon. — Hernie de la ligne blanche aux environs de l'ombilic.

HERNIE OMBILICALE DES ENFANS.

849 *Signes diagnostiques*. Une tumeur s'est formée à l'ombilic, posterieurement à la chute du cordon ; elle est ronde, cylindrique ou conique, recouverte par une peau très-mince qui présente sur un point de sa surface la cicatrice ombilicale. Si elle est peu volumineuse, sa base est circulaire. Cette tumeur disparaît quand on la comprime, et permet alors au doigt de sentir, dans le lieu qu'elle occupait, une ouverture ronde qui lui livrait passage ; elle reparaît dès qu'on cesse de la comprimer, et présente enfin les caractères généraux des hernies. (Voy. 782 et suiv.)

850. *Caractères anatomiques*. Les viscères déplacés qui forment la tumeur sortent par l'anneau ombilical ; ils sont recouverts à l'extérieur par la peau, par une couche très-mince de tissu cellulaire, et immédiatement par le péritoine formant sac herniaire. Cette dernière membrane est très-mince et très-étroitement unie aux parties extérieures, surtout au sommet de la tumeur. Le col du sac est très-court, arrondi en forme d'anneau, toujours etroit relativement au vo-

l'une de la hernie, et adhère intimement aux bords de l'ouverture ombilicale, qui sont plus ou moins épaissis et durs, suivant l'ancienneté de la maladie. Les vaisseaux ombilicaux, se terminant à l'anneau, ne sont plus unis à la cicatrice ombilicale que par quelques filamens distendus et épanouis à la surface du sac herniaire.

851. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Hernie de la ligne blanche aux environs de l'ombilic ; — Tumeurs diverses. (*Voy.* les autres régions de l'abdomen et le tableau des *Maladies communes.*)

HERNIE OMBILICALE DES ADULTES.

852. *Signes diagnostiques.* Dans le lieu occupé par l'ombilic, est une tumeur offrant les caractères généraux des hernies (Voy. 782 et suivans) et présentant en un point de sa surface la cicatrice ombilicale; l'ouverture qui lui donne passage est irrégulière, oblongue et à bords amincis ; le malade éprouve habituellement des coliques légères, qui augmentent pendant la station et après les repas.

853. *Caractères anatomiques.* Rarement on trouve les parties engagées dans l'anneau ombilical, elles sortent par une ouverture située dans le voisinage et produite par un écartement de la ligne blanche ; elles sont contenues dans un sac herniaire dont le col est très-étroit relativement au volume de la tumeur, et qui est ovalaire comme l'ouverture.

La tumeur est ordinairement formée par l'épiploon uni à une portion de l'intestin, au-devant de laquelle il se trouve placé. L'anse intestinale herniée est fournie, soit par le colon, soit par la partie moyenne et supérieure de l'intestin grêle. Si la hernie est très-volumineuse, ou peut y rencontrer l'estomac ou même une partie du cœcum.

854. *Indications, moyens.* Ainsi que pour les autres hernies, réduire, si cela est possiblo, et prévenir le déplacement des organes réduits, au moyen d'une compression habituello, ou bien mettre obstacle au développement de la tumeur, à l'aide d'un bandage propre à soulever les parties sans les comprimer fortement.

RÉGION SOUS-OMBILICALE (*).

Tumeur ou tuméfaction.	Hématomètre.	1022
	Psoïtis.	855
	Dilatation de l'uretère.	858
	Tumeur anomale du rein.. . . .	881
	Hydromètre.	1025
	Hydromètre hydatique..	1027
	Accumulation d'urine dans la vessie..	1040
	Voy. le premier tableau des *Maladies du bas-ventre*, pag. 275.	
	Voy. le tableau des *Maladies communes*, pag. 4.	
Douleur.	Psoïtis.	855
	Blessure de l'utérus..	861
	— du rein.	868
	— de la vessie.	865
	Métrite.	1018
	Inflammation de la vessie. . . .	1037
	Voy. le premier tableau des *Maladies du bas-ventre*, pag. 276.	
	Voy. le tableau des *Maladies communes*, pag. 5.	
Solution de continuité. Écoulement insolite.	*Voy.* le premier tableau des *Maladies du bas-ventre*, pag. 276.	
	Voy. le tableau des *Maladies communes*, pag. 5.	

(*) Bornée, *en haut*, par une ligne tirée horizontalement, au niveau de l'ombille ; *de chaque côté*, par une ligne qui, partant de l'épine du pubis, remonterait obliquement vers l'épine iliaque antérieure et supérieure, puis suivrait la direction de la crête de l'os des iles, et irait rejoindre la ligne horizontale qui limite la région supérieurement.

PSOÏTIS.

855. *Signes diagnostiques.* A la partie inférieure et latérale de l'abdomen, dans la région occupée par le muscle psoas, existe une douleur profonde, vive, continue, qui se fait également sentir dans les lombes ; elle est accompagnée d'un sentiment de pesanteur et d'engourdissement dans l'aine et la cuisse du même côté : en pressant sur la partie malade, on augmente la douleur, et l'on sent profondément une tuméfaction qui se propage jusqu'à l'aine. Le membre inférieur corrrespondant est à demi fléchi et ne peut être étendu sans de vives souffrances ; il ne peut non plus être ramené sur le ventre par les seules contractions musculaires et si le malade ne le soulève avec ses mains. Dans la station sur les pieds, le tronc est involontairement courbé en avant et vers le côté douloureux ; il y a fièvre plus ou moins vive.

856. *Indications, moyens.* Combattre cette inflammation par un traitement antiphlogistique très-actif et proportionné à l'intensité de la maladie.

857. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Douleurs rhumatismales ; — Névralgie ; — Inflammation des muscles de la paroi abdominale ; — Néphrite, 871.

DILATATION DE L'URETÈRE.

858. *Signes diagnostiques.* Dans une des régions

iliaques existe une tumeur indolente, large, peu saillante, molle, offrant de la fluctuation dans toute son étendue : elle s'est formée plus ou moins rapidement, ayant été précédée ou accompagnée de symptômes de lésion des voies urinaires, de néphrite calculeuse ordinairement. Si on la comprime, elle diminue, et le besoin d'uriner se fait sentir aussitôt; enfin, si l'on y pratique la ponction, on en fait sortir une plus ou moins grande quantité d'urine.

859. *Indications, moyens.* Rétablir le cours des urines en détruisant l'obstacle qui s'y oppose : cet obstacle étant le plus souvent un calcul arrêté dans l'uretère, on cherche à faire descendre ce corps dans la vessie par l'exercice du cheval ou autre moyen de même nature; ou bien si le cathétérisme apprend qu'il est situé à l'orifice inférieur du canal, on en fait l'extraction en pratiquant la lithotomie.

860. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Hydropisie enkystée de l'ovaire, 775; — Hydropisie enkystée hors du péritoine, 771; — Abcès froid, 8.

BLESSURE DE L'UTÉRUS.

861. *Signes diagnostiques.* Une plaie a été faite aux parois du bas-ventre d'une femme. Aux symptômes généraux de plaie pénétrante de l'abdomen (755), se joint une douleur qui s'étend de l'hypogastre aux aines, aux cuisses, aux hanches, à la vulve, et du sang s'échappe par le vagin.

862. Cette douleur et cet écoulement sanguin sont bientôt suivis des phénomènes de l'avortement, si la femme est enceinte.

863. *Indications, moyens.* Les mêmes que dans les plaies penétrantes de l'abdomen.

864. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Blessure des différens organes de l'abdomen. (*Voy.* le tableau des *Régions du bas-ventre.*)

BLESSURE DE LA VESSIE.

865. *Signes diagnostiques.* Une plaie a été faite à la partie inférieure de l'abdomen; elle est suivie d'une douleur vive qui, partant de la vessie, se propage le long de l'urètre, jusqu'au bout de la verge, qui est souvent en érection. De l'urine s'échappe à travers les bords de la division; il existe une impossibilité complète, ou au moins une grande difficulté de rendre les urines, et ce liquide teint de sang, contient des caillots qui en interrompent souvent le cours. L'hypogastre se tend et des symptômes de péritonite apparaissent.

866. *Indications, moyens.* Faciliter l'écoulement de l'urine par l'urètre en plaçant à demeure une sonde dans ce canal, et empêcher ainsi son épanchement dans le ventre; combattre ou prévenir les accidens inflammatoires.

867. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Les signes indiqués plus haut ne permettent pas de se méprendre sur la nature de cette lésion.

PARTIE POSTÉRIEURE,

OU

RÉGION LOMBAIRE.

Douleur.	Blessure du rein.	868
	Fracture des vertèbres.	748
	Néphrite simple.	871
	— calculeuse.	875
	Tumeur anomale du rein.	881
	Abcès du rein.	878
	Lumbago.	885
	Voy. le tableau des *Maladies communes*, pag. 4.	
	Voy. le tableau de la *Région dorsale*, pag. 269.	
Tumeur ou tuméfaction.	Fracture des vertèbres.	748
	Spina bifida.	888
	Abcès du rein.	878
	Blessure du rein.	868
	Voy. le tableau des *Maladies communes*, pag. 4.	
	Voy. le tableau de la *Région dorsale*, pag. 269.	
Solution de continuité. Écoulement insolite.	Fistule urinaire des lombes.	892
	Blessure du rein.	868
	Abcès du rein.	878
	Voy. le tableau des *Maladies communes*, pag. 5.	
	Voy. le tableau de la *Région dorsale*, pag. 269.	

BLESSURE DU REIN.

868. *Signes diagnostiques.* Une plaie a été faite dans un point de la région lombaire, en dehors des apophyses transverses des vertèbres : sa direction, sa profondeur, indiquées par la direction, la forme, la nature de l'instrument vulnérant, font présumer qu'elle est pénétrante; les urines contiennent du sang, si la blessure est récente, ou du pus, si elle date de plusieurs jours; la plaie est le siége d'une douleur vive, profonde, fixe, qui se fait également sentir dans l'aine et dans le testicule correspondant, ordinairement rétracté. A ces phénomènes se joignent souvent des symptômes inflammatoires et nerveux.

869. *Indications, moyens.* Prévenir ou combattre les symptômes inflammatoires du rein et du peritoine par les moyens ordinaires. Si les urines coulent difficilement, retenues par des caillots sanguins, faciliter leur sortie à l'aide du cathétérisme et d'injections d'eau tiède dans la vessie.

870. *Maladies qu'on pourrait confondre :* plaie non pénétrante, compliquée d'accidens nerveux ou de symptômes inflammatoires des organes urinaires.

NÉPHRITE SIMPLE.

871. *Signes diagnostiques.* Dans la région lombaire, en un point qui correspond au rein, une dou-

leur profonde, fixe, continue, se fait sentir : d'abord obtuse, tensive, elle est devenue brûlante et lancinante ; la pression des doigts, ainsi que le décubitus sur le ventre ou sur le côté opposé, l'augmentent. Elle se propage souvent à la vessie, à l'aine, à l'extrémité de la verge, et s'accompagne de rétraction du testicule correspondant et d'une espèce de stupeur dans la cuisse du même côté. Les urines offrent une teinte rouge foncée, sont peu abondantes ; le malade a des besoins fréquens d'uriner, et éprouve en même temps des nausées, des vomissemens, de l'anxiété ; enfin divers symptômes inflammatoires généraux et locaux se présentent.

872. *Caractères anatomiques.* La substance du rein enflammé est très-rouge, gonflée et présente dans son épaisseur du pus infiltré ou en foyer, ou des ulcérations, ou enfin (si l'inflammation s'est terminée par la mortification), une couleur rouge livide, des taches noires plus ou moins abondantes, une grande friabilité et l'odeur de la gangrène.

873. *Indications, moyens.* Favoriser la résolution de l'inflammation par l'emploi d'un traitement antiphlogistique local et général énergique.

874. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Néphrite calculeuse, 875 ; — Péritonite, 758 ; — Inflammation de la vessie, 1037.

NÉPHRITE CALCULEUSE.

875. *Signes diagnostiques.* Chez un individu qui a déjà rendu des graviers ou de petits calculs par l'urètre, ou qui a simplement éprouvé quelques accès de dysurie avec douleur dans la région des reins ou dans les uretères, tout à coup, après une secousse quelconque, ou pendant un exercice violent, une douleur pongitive très-intense s'est fait sentir dans un des reins, s'y est fixée, ou bien a paru descendre lentement le long de l'uretère; aussitôt l'urine a été rendue rouge ou brune, et en moins grande quantité; les symptômes de la néphrite se sont déclarés (871).

876. *Indications, moyens.* Calmer les douleurs et l'irritation par l'emploi d'un traitement antiphlogistique et des opiacés; empêcher le retour des accès en prévenant la formation de nouveaux calculs et favorisant leur expulsion au moyen de boissons diurétiques et émollientes, de bains ou de médicamens propres à en opérer la décomposition.

877. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Néphrite simple, 871; — Péritonite, 758; — Cystite, 1057; — Névralgie.

ABCÈS DU REIN.

878. *Signes diagnostiques.* Des symptômes de néphrite ont eu lieu (871), et après avoir atteint un certain degré d'intensité, se sont améliorés; mais la fièvre

a persisté, ainsi qu'une douleur pulsative profonde dans la région lombaire. Dans le lieu correspondant à cette douleur existe une tumeur accompagnée d'abord d'empâtement profond et d'œdématie des tégumens, présentant ensuite une fluctuation plus ou moins apparente, et les autres symptômes d'un abcès phlegmoneux. Si le malade se couche sur le ventre ou sur le côté sain, il éprouve dans le point douloureux la sensation d'un corps pesant qui y serait suspendu.

879. *Indications, moyens.* Pratiquer une ouverture à la tumeur dès qu'on y sent de l'empâtement; si l'on y rencontre des concrétions calculeuses, en faire l'extraction.

880. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Abcès phlegmoneux ; — Abcès par congestion. (Voy. *Tumeur*, au tableau des *Maladies communes.*)

TUMEUR ANOMALE DU REIN.

881. Les auteurs désignent sous ce nom plusieurs espèces d'altérations réunies ou isolées, ne pouvant être distinguées les unes des autres pendant la vie, mais qui présentent, en général, les symptômes suivans : douleur fixe habituelle dans le lieu occupé par un des reins ; altération de sécrétion, de l'urine qui est sanguinolente, purulente, ou contient des calculs ; présence d'une tumeur, ou au moins d'une dureté insolite, dans la région lombaire. Ou bien, il existe, dans un des côtes de l'abdomen, une tumeur

plus ou moins dure, douloureuse ou indolente, avec ou sans fluctuation, ayant commencé par une simple tuméfaction du rein, à la suite des symptômes ordinaires de la néphrite (871, 875).

882. *Caractères anatomiques.* Le rein présente des traces d'altérations diverses; tantôt il ne forme plus qu'une vaste poche, renfermant des matières plus ou moins consistantes et de couleurs variées; tantôt son tissu est transformé en tissu squirrheux, encéphaloïde ou de toute autre nature, avec ou sans analogue dans l'économie; ou bien l'organe a seulement augmenté de volume, est hypertrophié sans désorganisation apparente.

883. *Indications, moyens.* Ce genre d'affection étant au-dessus des ressources de l'art, la seule indication à remplir est de pallier les divers symptômes qui se présentent, ou de combattre les complications.

884. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Tumeurs diverses. (Voy. *Tumeur*, au tableau des *Maladies du bas-ventre* et des *Maladies communes.*)

LUMBAGO.

885. *Signes diagnostiques.* Une douleur aiguë a paru subitement dans les lombes, dont elle occupe un seul côté ou toute l'étendue; elle augmente en général par la pression, est plus ou moins profonde, quelquefois atroce; semble, dans quelques cas, partir des reins et se propager le long des uretères, mais ne

s'accompagne pas de vomissemens ni des autres phénomènes de la néphrite. Les mouvemens d'extension du tronc sont pénibles ou impossibles, ceux de flexion sont plus faciles. Enfin, la douleur est continue, mais présente des momens de rémission et des redoublemens, surtout le soir, avec augmentation de l'anxiété, élévation du pouls et divers symptômes inflammatoires locaux et généraux. Assez ordinairement elle survient chez un individu sujet aux douleurs rhumatismales.

886. *Indications, moyens.* Faire cesser l'inflammation locale et calmer la douleur qui en résulte, par un traitement antiphlogistique aidé de l'emploi de substances calmantes, de sudorifiques, d'épispastiques variés.

887. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Néphrite, 871, 875; — Névralgies; — Abcès profond des lombes et du rein, 878; — Psoïtis, 855; — Inflammation des divers organes de l'abdomen.

SPINA BIFIDA, OU HYDRO-RACHIS.

888. *Signes diagnostiques.* Un enfant a apporté en naissant une tumeur au bas de la région lombaire (ou dans tout autre point de la colonne vertébrale). Cette tumeur est arrondie, molle, fluctuante, opaque ou demi transparente, augmente de grosseur et devient rénitente si l'enfant se trouve dans une position verticale; diminue au contraire, s'amollit, et paraît se

prolonger de bas en haut, le long du rachis, lorsque le malade est couché sur le ventre. Si l'on appuie les doigts sur elle, on sent que la portion de l'épine où elle siége est divisée suivant sa longueur : on remarque même, si la pression est forte et soutenue, des symptômes de compression du cerveau ; et dans le cas où il existe en même temps une hydrocéphale, ce qui est ordinaire, on voit aussi les fontanelles se gonfler et durcir. Lorsqu'au lieu d'une seule tumeur, il en existe plusieurs, la compression exercée sur l'une d'elles la fait diminuer, en augmentant la rénitence et le volume des autres.

L'enfant atteint de cette affection est maigre, languissant, ses membres sont faibles ou même paralysés, ses urines et ses matières fécales s'échappent involontairement.

889. *Caractères anatomiques.* La tumeur est une espèce de kyste dont les parois membraneuses sont minces, rougeâtres, transparentes et formées alors par l'arachnoïde injectée et distendue, ou bien sont épaisses, opaques, assez résistantes et constituées par la peau et la dure-mère : elle renferme un liquide séreux et limpides, ou sanguinolent, ou purulent, qu'on peut faire refluer dans le canal vertébral qui en contient un semblable. Dans le point correspondant à la tumeur, le rachis présente une ouverture plus ou moins large, résultant de l'écartement ou de la destruction des lames postérieures des vertèbres ; tantôt le canal vertébral est ouvert dans une grande étendue,

tantôt il n'y a qu'une petite ouverture par division des arcs latéraux d'une seule vertèbre. La moelle épinière est quelquefois saine ; elle paraît, dans d'autres cas, avoir disparu là où s'est formée la tumeur. On trouve ordinairement dans le crâne les traces d'une hydrocéphale (173).

890. *Indications*, *moyens*. Les mêmes que dans l'hydrocéphale. (Voy. 174.)

891. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Abcès froid, 8 ; — Tumeurs diverses. (Voy. *Tumeur*, au tableau des *Maladies communes*.)

FISTULE URINAIRE DES LOMBES.

892. *Signes diagnostiques*. A la suite d'abcès du rein (878), une ouverture fistuleuse s'est établie dans un point de la région lombaire ; cette ouverture donne issue à du pus contenant de l'urine et des calculs (la présence de ces corps étrangers annonce que le bassinet est ulcéré) ; il existe en même temps des phénomènes inflammatoires locaux plus ou moins intenses.

893. *Indications*, *moyens*. Favoriser la sortie du pus et de l'urine en tenant les bords de l'ouverture écartés au moyen de tentes, de bougies, de canules ; explorer souvent l'intérieur de la fistule à l'aide d'une sonde, afin de faciliter ou de provoquer l'expulsion du corps étranger (un calcul) qui a produit et entretient la maladie.

894. *Maladies qu'on pourrait confondre*. (Voy. *Fistules*, 112.)

MALADIES DU BASSIN.

RÉGION GÉNITO-URINAIRE (*).

A. *Dans les deux sexes.*

Tumeur ou tuméfaction.	Entérocèle inguinale.	1111
	Epiplocèle inguinale.	1123
	Voy. tableau des *Maladies communes*, pag. 4.	
	Voy. les tableaux suivans, B, C.	
Douleur.	Inflammation de la vessie. . . .	1037
	Calcul dans l'urètre.	1044
	Catarrhe urétral vénérien.. . . .	1047
	Catarrhe urétral simple.	1050
	Pierre dans la vessie.	1054
	Voy. tableau des *Maladies communes*, pag. 4.	
	Voy. les tableaux suivans, B, C.	

(*) Comprenant le pubis et les parties génitales, commençant au lieu d'insertion des muscles droits et se terminant *en bas* à la région périnéale ; bornée, *latéralement*, par deux lignes verticales, partant de l'épine du pubis et descendant sur les côtés des parties génitales jusqu'à la naissance du périnée.

Derangement dans l'excrétion de l'urine.	Calcul dans l'urètre.	1044
	— dans la vessie.	1045
	Catarrhe urétral vénerien. . . .	1047
	Ischurie par paralysie de la vessie.	1040
	Inflammation de la vessie. . . .	1037
	Fistule urinaire.	1104
	Suppression d'urine.	1048
	Voy. les tableaux suivans, B, C.	

B. *Chez la femme.*

Tumeur ou tuméfaction.	Tumeur sanguine de la vulve.	965
	Hernie vulvaire.	969
	Varices du vagin.	989
	Entérocèle vaginale.	984
	Cystocèle vaginale.	1030
	Renversement du vagin.	980
	Polype dans le vagin.	990
	— au col de l'utérus.	1005
	— dans la cavité de l'utérus. . .	1006
	Cancer de l'utérus.	1009
	Descente de l'utérus.	995
	Renversement de l'utérus. . . .	998
	Rétroversion de l'utérus.	1033
	Hématomètre.	1022
	Hydropisie de l'utérus.	1025
	Hydromètre hydatique.	1027
	Voy. tableau des *Maladies communes*, pag. 4.	

Douleur.	Métrite.	1018
	Hématomètre.	1022
	Hydropisie de l'utérus. . .	1025, 1027
	Cancer de l'utérus.	1009
	Voy. tableau des *Maladies communes*, pag. 4.	

Défaut d'écoulement sanguin par la vulve.	Aménorrhée (*)	
	Imperforation du vagin.	974
	Hématomètre par occlusion de l'utérus.	1015
	Rétrécissement du vagin.	978
	Métrite.	1018
	Imperforation de la vulve. . . .	972
	Hydropisie de l'utérus.	1025

C. *Chez l'homme.*

Maladies de la verge et du canal de l'urètre.	Tumeur ou tuméfaction.	Phymosis. Paraphymosis.	905, 908
		Cancer de la verge.	919
		Calcul dans l'urètre.	1044
		Voy. le tableau des *Malad. comm.*	
	Douleur.	Cancer de la verge.	919
		Pierre dans la prostate. . . .	958
		Rétrécissement de l'urètre. .	954
		Calcul dans l'urètre.	1044
		Inflammation de la prostate.	961
		Paraphymosis.	908
		Long. exc. du frein de la verge.	902
		Pierre dans la vessie.	1054
		Catarrhe urétral vénérien. .	1047
		Catarrhe urétral simple. . .	1050
		Voy. le tableau des *Malad. comm.*	
	Dérangement dans l'excrétion de l'urine.	Rétrécissement de l'urètre. .	954
		Imperforation du prépuce. .	911
		Phymosis. Paraphymosis.	905, 908
		Pierre dans la vessie.	1054
		Hypospadias et épispadias..	915
		Inflammation de la prostate.	961
		Calcul dans l'urètre.	1044
		Catarrhe urétral.	1050

(*) Voyez, pour ses caractères, le *Manuel de Clinique médicale* de M. Martinet.

Maladies des bourses.

Tumeur ou tuméfaction.	Inflammation du testicule. .	897
	Abcès du testicule.	900
	Sarcocèle.	921
	Hématocèle.	928
	Engorgem. lymphatique des bourses.	925
	Hydrocèle par infiltration sous-cutanée.	931
	— par épanchement dans la tunique vaginale.	938
	— congéniale.	942
	— enkystée du cordon. . . .	946
	Epanchement séreux dans un sac herniaire.	951
	Infiltration urineuse.	955
	Entérocèle inguinale.	1111
	Epiplocèle inguinale.	1125
	Voy. tableau des *Maladies communes*, pag. 4.	
Douleur.	Inflammation du testicule. .	897
	Abcès du testicule.	900
	Blessure du testicule.	895
	Sarcocèle.	921
	Voy. tableau des *Maladies communes*, pag. 4.	
Solution de continuité.	Blessure du testicule.	895
	Plaie du scrotum.	924
	Fistule urinaire.	1108
	Voy. tableau des *Maladies communes*, pag. 4.	

BLESSURE DU TESTICULE.

895. *Signes diagnostiques.* Une plaie a été faite aux bourses et le malade a senti sur-le-champ une dou-

leur des plus vives qui s'est propagée le long du cordon et jusqu'au rein. La blessure est large, profonde, et permet de voir le testicule à nu, simplement effleuré ou plus ou moins largement divisé; dans ce cas, des filamens mous, jaunâtres, se présentent entre les bords écartés de la division extérieure : ou bien la plaie est étroite, mais la douleur indiquée plus haut a paru, et les symptômes d'inflammation du testicule se développent (897).

896. *Indications, moyens.* Les mêmes que dans les plaies des autres parties. (Voy. en outre 898.)

INFLAMMATION DU TESTICULE.

897. *Signes diagnostiques.* A la suite d'une violence extérieure exercée sur les bourses pendant le cours d'une blennorrhagie, ou après un exercice immodéré, l'exposition des parties génitales au froid, l'abus du coït, l'injection de substances excitantes dans le canal de l'urètre, etc., une douleur vive s'est déclarée dans le testicule et s'étend le long du cordon jusqu'au rein : un gonflement inflammatoire extérieur s'est développé avec force et promptitude ; les parties sont dures et le siége d'une douleur profonde qu'exaspère la plus légère pression, ainsi que le moindre mouvement.

898. *Indications, moyens.* Si l'affection est commençante et que le testicule ne paraisse pas encore engorgé, faire avorter l'inflammation à l'aide de to-

piques répercussifs ; mais si l'inflammation est bien manifeste, avoir recours à un traitement antiphlogistique local et général très-actif.

899. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Phlegmon ; — Érysipèle des bourses.

ABCÈS DU TESTICULE.

900. *Signes diagnostiques.* Des symptômes intenses et prolongés d'inflammation aiguë du testicule ont eu lieu ; une tumeur a paru lors de leur diminution : cette tumeur est molle, rénitente à son centre, pâteuse à sa base et présente de la fluctuation là où elle offre de la mollesse ; enfin, tous les signes d'un abcès phlegmoneux se manifestent (1).

901. *Indications, moyens.* Les mêmes que dans l'abcès phlegmoneux (6).

LONGUEUR EXCESSIVE DU FREIN DE LA VERGE.

902. *Signes diagnostiques.* Le gland ne peut être découvert sans être tiraillé douloureusement, sans que la verge soit en même temps courbée. Si l'on examine le prépuce, on voit que le prolongement membraneux qui l'unit en arrière au gland est très-prolongé en devant, va s'attacher à l'orifice du canal de l'urètre au lieu de s'arrêter à quelque distance de cette ouverture, et se tend fortement quand on veut ramener le prépuce en arrière.

903. *Indications, moyens.* Opérer la section du frein de la verge à sa base, et prévenir la réunion des bords de la division, en y interposant de la charpie et en tenant le gland découvert jusqu'à parfaite cicatrisation.

904. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Phymosis; — Adhérences partielles du prépuce avec le gland.

PHYMOSIS.

905. *Signes diagnostiques.* Le prépuce, trop étroit à son ouverture, ne peut être ramené en arrière; ou s'il y parvient, quoiqu'avec peine, la compression qu'il exerce à la base du gland fait gonfler cet organe, y développe de la douleur et produit ainsi le paraphymosis (908).

906. Ou bien l'ouverture du prépuce est tellement étroite, que l'urine s'échappe en formant un filet mince, et, s'amassant en grande partie sous cette enveloppe membraneuse, forme au-devant du gland une tumeur molle, transparente, qui s'affaisse à mesure que les dernières gouttes du liquide s'écoulent.

907. *Indications, moyens.* Si le phymosis est accidentel et tient à un gonflement inflammatoire, combattre cet état par les moyens ordinaires; autrement, élargir l'ouverture du prépuce, soit en excisant l'extrémité de cet organe membraneux; soit en y pratiquant une incision longitudinale qui s'étende de sa base, ou partie adhérente, à sa portion libre, et le

divise ainsi en deux parties ; prévenir ensuite la réunion des deux lambeaux.

PARAPHYMOSIS.

908. *Signes diagnostiques.* Le gland est découvert, gonflé et d'un rouge violacé ; le prépuce ne peut être ramené au-devant de lui, et forme à sa base un bourrelet circulaire très-saillant et douloureux ; des symptômes inflammatoires locaux plus ou moins intenses se manifestent ; ou bien au lieu de ce bourrelet circulaire, il s'est formé sur les côtés du frein, à la base du gland, de grosses tumeurs luisantes, tendues, transparentes, qui par leur disposition font paraître la verge comme contournée en spirale.

909. *Indications, moyens.* Ramener le prépuce au-devant du gland, faire cesser l'étranglement. Si les symptômes inflammatoires n'ont point encore paru, essayer la réduction en comprimant doucement le gland en même temps qu'on cherche à attirer le prépuce sur lui. Si le bourrelet est très-volumineux, on y pratique préalablement des mouchetures.

910. Si la réduction est impossible, ou que l'inflammation soit très-intense, opérer le débridement des parties à l'aide d'une incision suffisante ; puis, ramener le prépuce sur le gland.

IMPERFORATION DU PRÉPUCE ET DE L'URÈTRE.

911. *Signes diagnostiques.* Un enfant nouveau né ne rend point d'urine ; la verge présente à son extré-

mité une imperforation et une tumeur molle, élastique, oblongue, luisante et transparente; ou bien l'imperforation seule existe, il n'y a point de tumeur. (*Occlusion de l'urètre.*) Dans les deux cas les symptômes de la rétention d'urine ont lieu (1040).

912. *Indications, moyens.* Favoriser la sortie de l'urine en établissant une ouverture au prépuce seul, dans le premier cas, au prépuce et à l'urètre, dans le second. Si la tumeur existe, y plonger un bistouri à sa partie antérieure et inférieure, ou bien exciser l'extrémité du prépuce et prévenir la coalition des bords de la plaie. Si le canal est également imperforé, on incise la membrane qui bouche son orifice ou en interrompt la continuité, et l'on maintient l'ouverture libre en y introduisant un corps étranger pendant le temps de la cicatrisation.

HYPOSPADIAS ET ÉPISPADIAS.

913. *Signes diagnostiques.* L'extrémité de la verge est imperforée; mais le malade rend ses urines par une ouverture qui se trouve située à la face scrotale de cet organe, soit à la base du gland, soit plus en arrière, ou même à la naissance du pénis; dans ce dernier cas, le scrotum est divisé dans le point correspondant à l'orifice, et présente, au lieu du raphé, un sillon plus ou moins profond, qui, commençant au méat urinaire, se prolonge plus ou moins bas, et peut figurer grossièrement une vulve, si surtout la verge est très-petite. (*Hypospadias.*)

914. Cette ouverture anormale est libre et l'urine sort facilement; ou bien elle est étroite, en partie bouchée par une membrane qui s'insère à sa circonférence et rend l'émission de l'urine lente et douloureuse.

915. Malgré ce vice de conformation, le malade peut se livrer à l'acte vénérien, la verge pouvant acquérir le volume nécessaire et conserver sa rectitude; ou bien (ce qui annonce que le canal de l'urètre est trop court) l'érection est incomplète, excessivement douloureuse, et pendant qu'elle a lieu le pénis augmente seulement de consistance, se courbe, et présente à sa face inférieure une bride longitudinale très-dure, tendue comme la corde d'un arc, et formée par le canal de l'urètre seul, les tégumens étant là moins tendus qu'à la face dorsale.

916. Sur le dos de la verge est une ouverture insolite qui donne passage aux urines; le gland n'offre point, comme à l'ordinaire, une ouverture à son extrémité. (*Épispadias.*)

917. *Indications, moyens.* L'hypospadias et l'épispadias ne présentent aucune indication à remplir : si cependant l'émission de l'urine est rendue difficile par la présence d'une espèce de valvule dans l'ouverture, exciser cette membrane et prévenir la coalition des bords de la plaie, en y plaçant pendant le travail de cicatrisation une mèche ou une sonde.

918. *Maladies qu'on pourrait confondre :* On a pu confondre l'hypospadias dans lequel l'ouverture très-

petite était située derrière le gland, avec l'occlusion simple du canal de l'urètre par une membrane, et pratiquer des opérations inutiles pour rétablir l'orifice de ce canal; on pourrait, dans certains cas, regarder comme résultat d'adhérences entre la verge et le scrotum, et par conséquent pour des brides cutanées, la courbure du pénis par brièveté du canal, et inciser mal-à-propos ce conduit.

CANCER DE LA VERGE.

919. Ses caractères sont les mêmes que ceux du cancer des autres parties. (Voy. 38.) L'indication à remplir, après avoir cherché à détruire la cause (ordinairement le vice vénérien), consiste à faire l'amputation de cet organe dans les parties saines, si toutefois les ganglions lymphatiques des aines ne sont déjà tuméfiés, et s'il n'existe point encore de signes de diathèse cancéreuse.

GANGRÈNE DE LA VERGE.

920. Mêmes signes, mêmes indications que dans la gangrène des autres parties. (Voy. 149.)

SARCOCÈLE.

921. *Signes diagnostiques.* Le testicule offre un volume plus considérable qu'à l'ordinaire, et se pré-

sente sous la forme d'une tumeur qui d'abord a été indolente, égale, lourde, sans changement d'état de la peau, sans autre douleur que celle produite par le tiraillement exercé sur le cordon des vaisseaux spermatiques; qui ensuite est devenue graduellement très-dure, bosselée, informe, très-pesante eu égard à son volume, mais non rénitente; tombant très-bas et perpendiculairement entre les cuisses lorsque le malade est debout et qu'elle est abandonnée à son propre poids; ne s'étendant pas, quoique volumineuse, jusqu'à l'anneau; enfin, étant le siége de douleurs lancinantes. Ces symptômes ayant persisté pendant un certain temps, la peau s'est enflammée, s'est ouverte, et les signes du cancer se manifestent. (Voy. 38.)

922. *Indications, moyens.* Si la tumeur est peu volumineuse, peu ancienne, chercher à la résoudre, d'abord à l'aide d'un traitement antiphlogistique, puis par l'emploi des résolutifs, en même temps que l'on combat par des moyens convenables la cause interne qu'on peut supposer lui avoir donné naissance. Si l'affection est ancienne et bien caractérisée, enlever l'organe malade par l'opération de la castration : si cependant il existe des douleurs vives et continuelles, des points d'engorgement dans l'abdomen; si le cordon est dur, gonflé, squirrheux, jusqu'au-delà de l'anneau; s'il y a des symptômes de cachexie cancéreuse, s'abstenir de toute opération et s'en tenir aux remèdes palliatifs.

923. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Inflammation chronique ; — Engorgement vénérien ; — Hydrocèle avec gonflement du testicule, ou avec ossification soit de la tunique vaginale, soit de la membrane albuginée.

PLAIES DU SCROTUM.

924. Ces plaies diffèrent de celles des autres parties, en ce qu'elles peuvent être accompagnées (outre les complications ordinaires, 118) de la lésion du testicule (895), et qu'en raison de la mollesse et de la mobilité des parties, les bords de la plaie doivent être maintenus rapprochés au moyen de bandelettes agglutinatives.

ENGORGEMENT LYMPHATIQUE DES BOURSES.

925. *Signes diagnostiques.* Des symptômes d'érysipèle ou de phlegmon s'étant manifestés au scrotum, ont disparu plus ou moins complètement ; mais les parties sont restées tuméfiées, comme œdémateuses, plus consistantes qu'à l'ordinaire ; les ganglions et vaisseaux lymphatiques sous-cutanés des environs sont engorgés. Si la maladie est récente, on peut distinguer le testicule qui paraît sain ; si elle est ancienne, les bourses forment une tumeur très-volumineuse, habituellement un peu rouge, douloureuse, dure ou pâteuse, d'une pesanteur peu consi-

derable relativement à son étendue, et présentant quelquefois plusieurs ouvertures qui fournissent un liquide séreux dont l'écoulement paraît diminuer le volume des parties. Assez ordinairement cette affection coïncide avec une autre, occupant une des extrémités inférieures, et désignée sous le nom de *maladie glandulaire de la Barbade*, ou bien elle lui a succédé.

926. *Caractères anatomiques.* La peau est épaissie et d'une consistance égale à celle de la couenne de lard, ou du fibro-cartilage, ou même du cartilage ; le tissu cellulaire sous-cutané et le chorion présentent des aréoles nombreuses distendues par un liquide séreux; les vaisseaux blancs de ces parties sont dilatés, amincis, gorgés de lymphe ; les ganglions et les vaisseaux lymphatiques voisins sont durs, volumineux ; le testicule et ses annexes sont sains.

927. *Indications, moyens.* Combattre d'abord les symptômes inflammatoires locaux et généraux; si l'inflammation est dissipée et que le volume de la tumeur soit très-considérable, pratiquer quelques mouchetures pour dégorger la peau; prévenir ensuite le retour du gonflement par l'application d'un bandage serré et de substances répercussives et sédatives.

928. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Sarcocèle, 921 ; — Maladies diverses du testicule ou de la peau des bourses. (*Voy.* le tableau des *Maladies communes*, pag. 4, et le tableau précédent, pag. 334.)

HÉMATOCÈLE OU ÉPANCHEMENT SANGUIN SOUS-CUTANÉ DES BOURSES.

929. *Signes diagnostiques.* A la suite de plaie du scrotum ou des parties voisines, comme dans les opérations de la taille et de la hernie étranglée, ou bien par l'effet d'une contusion des bourses, ces parties ont augmenté graduellement de volume (et plus ou moins rapidement, suivant la grosseur du vaisseau sanguin lésé), elles présentent une teinte brunâtre, et enfin tous les caractères de l'ecchymose (47).

930. *Indications, moyens.* Si la tumeur est peu volumineuse, favoriser l'absorption du liquide infiltré par l'emploi de topiques résolutifs; s'il survient des symptômes inflammatoires, les combattre par le traitement ordinaire; si la tumeur, ayant un volume considérable, ne cède pas aux moyens précédens, donner issue au sang épanché en pratiquant une incision à la partie déclive.

HYDROCÈLE PAR INFILTRATION SOUS-CUTANÉE.

931. *Signes diagnostiques.* Les bourses se sont tuméfiées rapidement, sans symptômes locaux précurseurs; le gonflement est égal des deux côtés; s'étend plus ou moins loin sur la verge, qui présente quelquefois un aspect bizarre; conserve long-temps l'im-

pression du doigt, est pâteux, mou, n'est point accompagné de douleur, mais seulement d'un sentiment de tension ou de pesanteur. Si la tumeur est volumineuse, la peau est amincie, lisse; les rides nombreuses qu'elle présente ordinairement dans ce lieu ont disparu. A ces phénomènes se joignent le plus souvent une infiltration séreuse des extrémités, un épanchement aqueux thoracique ou abdominal, et des symptômes généraux de débilité.

952. *Caractères anatomiques.* La tumeur est formée par l'accumulation d'un liquide séreux dans les aréoles du tissu cellulaire sous-cutané.

953. *Indications, moyens.* Si l'affection paraît symptomatique, combattre la cause qui l'a fait naître; si l'hydrocèle est idiopathique, exciter l'absorption du liquide au moyen de topiques résolutifs; s'il survient des symptômes inflammatoires, leur opposer un traitement antiphlogistique. Dans les deux cas, lorsque la tumeur est assez volumineuse pour incommoder soit par son poids, soit en occasionant la retention d'urine, on donne issue à la sérosité infiltrée à l'aide de quelques mouchetures très-écartées les unes des autres.

954. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Engorgement lymphatique des bourses, 925; — Infiltration urineuse, 935; — Hydrocèle par épanchement, 938; — Emphysème, 51.

INFILTRATION URINEUSE.

935. *Signes diagnostiques.* Les symptômes de l'hydrocèle par infiltration ont lieu (Voy. 931); mais ils ont été précédés de difficulté d'uriner, ou bien se sont manifestés à la suite de l'introduction peu méthodique d'une sonde ou d'une bougie dans le canal de l'urètre. En outre, la tuméfaction s'accompagne bientôt d'une douleur vive; la peau des bourses acquiert une couleur jaune de cire, et peu après les signes de la gangrène se manifestent. Enfin, si une ouverture est faite dans la tumeur, soit spontanément, soit par l'instrument, il s'en écoule un liquide qui répand une odeur ammoniacale très-forte et présente les autres caractères de l'urine.

936. *Caractères anatomiques.* Le tissu cellulaire des bourses est infiltré d'urine et présente une couleur jaune qui lui donne l'aspect du lard rance, et l'on trouve une crevasse plus ou moins étendue dans un point du canal de l'urètre ou de la vessie.

937. *Indications, moyens.* Donner promptement issue à l'urine épanchée au moyen d'ouvertures larges et profondes; découvrir le foyer principal situé près de la crevasse du canal, l'ouvrir. Enfin, remplir les indications que présentent les fistules urinaires. (1109.)

HYDROCÈLE PAR ÉPANCHEMENT DANS LA TUNIQUE VAGINALE.

938. *Signes diagnostiques.* Un côté des bourses est tuméfié, sans douleur ni rougeur à la peau ; cette tumeur s'est développée lentement et de bas en haut ; elle est ronde (si son volume est peu considérable) ou piriforme, ayant sa grosse extrémité en bas (si elle est ancienne et très-développée). Elle présente de la rénitence, de l'élasticité, de la fluctuation dans toutes ses parties, excepté en arrière et en bas. Si on la place entre l'œil et la lumière, elle paraît demi-transparente, et l'on voit à sa partie postérieure et inférieure ou moyenne une ombre formée par le testicule ; les doigts portés à l'extérieur sur ce point opaque y trouvent plus de dureté, de consistance, et point de fluctuation. Enfin, cette tumeur offre une pesanteur médiocre relativement à son volume, et n'occasione que peu de gêne et un sentiment de tension plus ou moins considérable (*).

939. *Caractères anatomiques.* La tumeur résulte de l'accumulation d'un liquide dans la cavité de la tunique vaginale. Ce liquide est séreux, limpide,

(*) Ces caractères sont ceux de l'hydrocèle simple, dans lequel les membranes ont conservé leur finesse habituelle, et le liquide sa transparence et sa limpidité. Les diverses altérations qui peuvent survenir soit dans la matière épanchée, soit dans les enveloppes, rendent le diagnostic obscur en annulant plusieurs phénomènes, tels que la transparence, la fluctuation, l'élasticité.

transparent, d'une couleur légèrement jaunâtre, et la membrane n'est que distendue et paraît saine; ou bien il est rouge, brunâtre, trouble, et contient des caillots sanguins; quelquefois on trouve, au lieu de sérosité, une matière visqueuse, semblable à du miel. Dans ces divers cas la tunique vaginale présente des traces d'inflammation chronique; elle est épaissie, dense, ainsi que le tissu cellulaire qui l'unit aux parties voisines : elle peut même se présenter sous la forme d'une coque, dure, élastique, fibro-cartilagineuse, et même en partie osseuse. La tumeur est uniloculaire, ou (ce qui est plus rare) est divisée en deux parties en forme de bissac, ou bien enfin elle offre un plus ou moins grand nombre de loges séparées par des cloisons membraneuses. Le testicule est ordinairement placé à la partie postérieure et inférieure de la poche où il est adhérent. Si l'hydrocèle est considérable, on trouve les vaisseaux du cordon séparés, déplacés, de telle sorte quelquefois que l'artère spermatique se trouve d'un côté de la tumeur et les veines de l'autre, ou bien que ces vaisseaux sont placés devant elle, surtout à sa partie inférieure (circonstance importante à connaître quand on doit pratiquer la ponction).

940. *Indications, moyens.* Vider la tumeur au moyen de la ponction; empêcher l'accumulation nouvelle du fluide en déterminant l'adhésion des parois de la poche, soit par l'injection d'une substance irritante liquide, soit par la présence d'un

corps etranger mou, comme une tente, une mèche, soit enfin par l'excision d'une portion des parois de la cavité, selon l'état de simplicité ou de complication de la maladie et la disposition des parties. Dans le cas d'hydrocèle simple, la ponction et l'injection; si la tumeur est multi-loculaire, l'incision; si la tunique vaginale est très-épaissie et en partie cartilagineuse, l'excision.

941. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Hydrocèle par infiltration, 931; — Hydrocèle enkystée du cordon, 946; — Hernie intestinale, 785; — Sarcocèle, 921.

HYDROCÈLE CONGÉNIALE.

942. *Signes diagnostiques.* Dès la naissance, il existe dans un côté des bourses une tumeur molle, transparente, fluctuante, qui augmente de volume quand le malade est debout, qui diminue et devient plus molle quand il est couché, et qui disparaît si on la comprime dans toute son étendue et de bas en haut, pendant que le malade est dans la position horizontale; mais sa rentrée n'est point brusque ni accompagnée de quelque bruit remarquable, et les doigts sentent (s'ils sont exercés) un liquide remonter dans l'abdomen.

943. *Caractères anatomiques.* La portion du péritoine qui descend dans les bourses avec le testicule pour former la tunique vaginale, communique encore avec la cavité abdominale : ainsi, au lieu de

former, comme dans l'état ordinaire, un sac sans ouverture, elle constitue une cavité ouverte, communiquant avec l'abdomen et distendue par un liquide séreux qui lui fait faire une saillie plus ou moins considérable à l'extérieur. Cette tumeur n'est recouverte à sa partie moyenne que par le scrotum et la lame cellulo-fibreuse du fascia superficialis, qu'elle a poussé au-devant d'elle; sa partie supérieure est engagée dans l'anneau du grand oblique. Le testicule se trouve le plus ordinairement au fond des bourses, ou dans l'anneau, ou même près de cette ouverture, et encore dans la cavité abdominale.

944. *Indications, moyens.* Refouler le liquide dans l'abdomen et s'opposer à son retour dans les bourses; provoquer ensuite l'occlusion de l'ouverture du prolongement péritonéal en exerçant sur l'anneau une compression permanente au moyen d'un bandage à demeure; si cette compression n'est pas praticable, parce que le testicule est encore dans le canal inguinal, on cherche à provoquer l'absorption du fluide et l'adhésion des parois de la poche, par l'application de vésicatoires sur la tumeur. Si ces moyens ont peu ou point d'effet, évacuer le liquide par la ponction.

945. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Hernie intestinale, 785; — Hydrocèle de la tunique vaginale, 938; — Hydrocèle enkystée du cordon, 946.

HYDROCÈLE ENKYSTÉE DU CORDON.

946. *Signes diagnostiques.* Dans un côté des bourses, sur le trajet du cordon des vaisseaux spermatiques, entre l'aine et le testicule, existe une tumeur oblongue, qui s'est développée peu à peu de bas en haut, et au-dessus de laquelle on sent le cordon (si elle est peu volumineuse), tandis qu'au-dessous de sa partie inférieure on distingue toujours parfaitement le testicule tout-à-fait isolé. Cette tumeur est tendue, produit au toucher la sensation d'une vessie pleine de liquide, ou celle d'un empâtement profond; la fluctuation (lorsqu'elle est apparente) s'y fait sentir dans tous ses points et d'une extrémité à l'autre s'il n'existe qu'une poche, ou bien elle est appréciable dans plusieurs points isolément, mais d'une manière obscure si la tumeur est multi-loculaire (disposition indiquée, d'ailleurs par plusieurs depressions extérieures.)

947. *Caractères anatomiques.* La tumeur est formée par un kyste développé dans l'épaisseur du cordon au milieu du tissu cellulaire qui unit les vaisseaux spermatiques, sans communiquer avec les aréoles de ce tissu.

948. Ou bien, au lieu d'une poche isolée, on trouve un grand nombre de cellules distendues par de la sérosité, ainsi que cela a lieu dans l'œdème des autres parties. (*Hydrocèle diffuse du cordon*, qui est symp

tomatique et accompagne ordinairement l'infiltration séreuse des bourses ou des extrémités.)

949. *Indications, moyens.* Les mêmes que dans l'hydrocèle de la tunique vaginale (940). Lorsqu'il y a seulement œdème du cordon, la résorption doit être tentée en combattant la cause générale. Si cela ne suffit pas, on évacue le liquide à l'aide d'une incision d'étendue suffisante.

950. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Hydrocèle de la tunique vaginale, 938; — Hernie intestinale, 785; — Testicule surnuméraire.

ÉPANCHEMENT SÉREUX DANS UN SAC HERNIAIRE.

951. *Signes diagnostiques.* Une tumeur offrant les symptômes de l'hydrocèle de la tunique vaginale (938), s'est formée dans un côté du scrotum, qui contenait précédemment une hernie ancienne : elle diminue ou disparaît complètement lorsqu'on la comprime ou quand le malade est couché ; elle augmente, au contraire, s'il se tient debout ou assis.

952. *Indications, moyens.* Vider la tumeur au moyen de la ponction ; avoir soin de donner issue à tout le liquide que peut contenir la cavité du péritoine, de crainte qu'il ne s'infiltre après l'opération dans le tissu cellulaire des bourses.

953. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Hydrocèle de la tunique vaginale, 938;—Hydrocèle congéniale, 942.

RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTRE.

954. *Signes diagnostiques.* A la suite de plusieurs écoulemens syphilitiques par la verge (1047), ou seulement de symptômes d'inflammation du canal de l'urètre (1050), les urines sont rendues difficilement et avec des efforts de plus en plus grands; leur jet a cessé par degré d'être uniforme et égal, il a diminué de grosseur : ce jet est bifurqué ou disposé en arrosoir ou en spirale, ou bien s'arrête souvent d'une manière brusque et inopinée avant que la vessie ne soit entièrement vidée. Pendant l'expulsion de l'urine, le malade ressent une pesanteur incommode au périnée, des démangeaisons ou des cuissons plus ou moins vives dans la région de l'urètre.

Quelques-uns des phénomènes précédens ont existé pendant un certain temps; les urines ne coulent plus que goutte à goutte; leur excrétion exige les plus grands efforts et s'accompagne de douleurs parfois intolérables, ainsi que du gouflement de la verge; le malade éprouve habituellement de fréquentes envies d'uriner; le canal de l'urètre est le siége d'un écoulement muqueux; l'urine est trouble et dépose un sédiment blanchâtre. Une sonde ou une bougie introduite dans le canal y produit parfois de la douleur, mais principalement en un certain point, où elle donne lieu à la sensation d'une vive piqûre; là, elle est arrêtée tout à coup par un obstacle qu'elle ne peut franchir, s'il y a rétrécissement considérable, ou bien elle

rencontre une légère résistance, glisse alors difficilement et occasione, surtout quand on la retire, un écoulement de sang et de mucus. La sonde exploratrice de *Ducamp* fait reconnaître un rétrécissement, le lieu qu'il occupe, sa forme et son étendue.

955. *Caractères anatomiques.* La membrane muqueuse de l'urètre présente, dans un ou plusieurs points de sa surface, des espèces de plis longitudinaux, ou obliques, ou circulaires, plus ou moins étendus, et qui diminuent d'autant la largeur du canal : dans ces parties saillantes, la membrane est blanchâtre, plus dense qu'à l'ordinaire, friable, peu élastique, et intimement unie aux parties sous-jacentes; ou bien la muqueuse est saine et unie, mais on rencontre dans l'épaisseur du corps caverneux des endurcissemens, des nodosités qui rétrécissent le canal; ou bien enfin l'intérieur de l'urètre offre des brides qui le divisent en plusieurs parties ou l'oblitèrent plus ou moins complètement.

956. *Indications, moyens.* Détruire l'obstacle qui s'oppose à l'écoulement de l'urine, en affaissant les parties saillantes de la membrane au moyen d'une compression mécanique prolongée, c'est-à-dire, par la dilatation des parois de l'urètre à l'aide de la sonde ou des bougies; ou bien faire cesser la disposition morbide de la membrane et le rétrécissement en désorganisant les rugosités ou les brides qui y donnent lieu, par la cautérisation.

957. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Inflam-

mation du canal de l'urètre, 1050; — Ischurie par calculs dans l'urètre, 1044; — Pierre dans la vessie, 1054.

PIERRE DANS LA PROSTATE.

958. *Signes diagnostiques.* Il existe au périnée une ou plusieurs ouvertures fistuleuses qui se terminent à la prostate. Une sonde introduite dans l'urètre rencontre un obstacle dans la portion prostatique de ce canal, où l'on constate, soit par ce moyen, soit à l'aide du doigt introduit dans le rectum, la présence d'un corps dur, plus ou moins volumineux, accessible quelquefois au stylet introduit par l'ouverture fistuleuse extérieure.

959. *Indications, moyens.* Faire l'extraction du corps étranger en pratiquant une ouverture vis-à-vis le lieu où il se trouve.

960. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Tuméfaction inflammatoire de la prostate, 961; — Tumeur calculeuse au périnée, 1090.

TUMÉFACTION INFLAMMATOIRE DE LA PROSTATE.

961. *Signes diagnostiques.* Les symptômes d'inflammation du col de la vessie existent (1037), le malade éprouve un sentiment de pesanteur vers la marge de l'anus, des envies fréquentes et trompeuses d'uriner. L'urine est filante, visqueuse, et laisse déposer des filamens glaireux, tenaces, adhérant au vase qui la reçoit; son écoulement est douloureux et

difficile. Le doigt porté dans l'anus reconnaît que la prostate est gonflée et douloureuse : si l'on introduit une sonde dans l'urètre elle éprouve la plus grande difficulté à traverser la portion prostatique de ce canal et n'y parvient qu'en déterminant des douleurs très-vives.

962. La plupart des phénomènes ci-dessus existent, mais la tumeur est ancienne, très-dure et peu ou point douloureuse. (*Induration de la prostate.*)

963. *Indications, moyens.* Les mêmes que dans l'inflammation du col de la vessie (1039).

964. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Inflammation du col de la vessie, 1037 ; — Pierre dans la prostate, 958 ; — Rétrécissement de l'urètre, 954.

TUMEUR SANGUINE DE LA VULVE.

965. *Signes diagnostiques.* Chez une femme enceinte qui porte en même temps des varices aux extrémités inférieures, ou bien pendant le travail de l'enfantement, ou immédiatement après, une tumeur s'est formée au milieu d'une des grandes lèvres, dont elle occupe toute la longueur et qu'elle distend fortement en se prolongeant plus ou moins loin du côté du vagin. Cette tumeur est rénitente, insensible (dans le commencement) et d'une teinte bleuâtre livide. Si l'ouverture en est faite par l'instrument, ou a lieu spontanément, elle fournit une assez grande quantité de sang veineux.

966. *Caractères anatomiques.* Du sang veineux est

épanche dans le tissu cellulaire de la grande lèvre ; il y est amassé en un foyer ; les veines de ces parties sont dilatées, une ou plusieurs d'entre elles présentent une rupture du côté de l'épanchement.

967. *Indications, moyens.* Si la tumeur s'est développée avant l'accouchement, est assez volumineuse pour le gêner, y pratiquer une ouverture pour en faire sortir le sang qu'elle contient ; puis prévenir l'hémorrhagie qui pourrait suivre, en tamponnant la plaie. S'il n'y a qu'une légère infiltration sanguine, attendre la résorption du liquide et la favoriser, ou bien procurer sa sortie au moyen de quelques mouchetures.

968. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Gonflement inflammatoire, œdémateux ; — Ecchymose. (Voy. *Tumeur*, au tableau des *Maladies communes.*)

HERNIE VULVAIRE.

969. *Signes diagnostiques.* Dans l'épaisseur d'une des grandes lèvres, au dessous de sa partie moyenne, est une tumeur molle, élastique, augmentant de volume et de dureté par la toux ou les cris, susceptible de se réduire en faisant entendre le gargouillement quand on la comprime ou lorsque la malade est couchée. Après la réduction, la grande lèvre est flasque, déprimée, et l'on peut sentir au travers une ouverture arrondie située en dedans de la branche de l'ischion, entre cet os et le vagin. La partie supérieure de la grande lèvre et l'anneau inguinal sont libres. En

explorant le vagin, on y trouve une saillie ayant les mêmes caractères que la tumeur extérieure à laquelle elle est continue.

970. *Indications, moyens.* Les mêmes que dans la plupart des hernies abdominales, 783.

971. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Abcès froid, 8; — Tumeurs diverses. (*Voy.* le tableau des *Maladies communes*, pag. 4.)

IMPERFORATION DE LA VULVE.

972. *Signes diagnostiques.* Une fille, dès sa naissance, ne peut rendre ses urines, ou ne les rend que très-difficilement; ou bien chez une fille pubère, l'écoulement des règles est difficile ou suspendu, et les signes de l'hématomètre existent (1022). Si l'on examine les parties sexuelles, on n'y aperçoit ni clitoris, ni vagin, ni méat urinaire; mais une espèce de raphé qui réunit les grandes lèvres, soit complètement, soit partiellement. Dans le premier cas, la sortie de l'urine est nulle; les grandes lèvres sont proéminentes, forment une tumeur molle, élastique, fluctuante, et l'on observe au-dessus du pubis une élévation arrondie produite par la vessie distendue.

973. *Indications, moyens.* Rétablir ou compléter l'ouverture de la vulve en divisant la membrane accidentelle à l'aide du bistouri conduit sur une sonde cannelée, prévenir ensuite l'agglutination des bords de la plaie en y interposant de la charpie jusqu'après leur cicatrisation.

IMPERFORATION DU VAGIN.

974. *Signes diagnostiques.* Une fille parvenue à l'âge de la puberté, a éprouvé tous les phénomènes qui précèdent ou accompagnent la menstruation, excepté l'écoulement sanguin lui-même; ces phénomènes reparaissent tous les mois avec des douleurs de reins, de la céphalalgie, des suffocations, une pesanteur dans le bassin.

Ces accidens périodiques ont déjà paru plusieurs fois; peu à peu ils ont augmenté d'intensité; le ventre s'est tuméfié graduellement et uniformément, et la plupart des symptômes de la grossesse, tels que malaise, dégoût, nausées, vomissemens, gonflement des mamelles, se sont manifestés. Entre les grandes lèvres il existe une tumeur ronde, livide, molle, fluctuante, qui empêche le doigt de pénétrer dans le vagin à une certaine profondeur, et qu'on sent également dans le rectum, où elle fait saillie.

975. *Caractères anatomiques.* Dans la continuité du vagin, soit à l'entrée, là où se trouve l'hymen, soit plus profondément, on rencontre une cloison membraneuse fermant plus ou moins complètement ce canal. Ou bien c'est la membrane hymen, imperforée et épaissie, qui la forme, ou bien c'est un corps charnu plus ou moins solide. Si la femme est nubile depuis un certain temps et qu'elle ait offert la plupart des symptômes indiqués précédemment, l'uterus et une

partie du vagin sont distendus par une quantité considérable de sang coagulé, visqueux et répandant une odeur infecte.

976. *Indications, moyens.* Détruire la cloison qui interrompt la continuité du vagin, au moyen d'une incision cruciale; évacuer complètement le sang accumulé dans ce canal et dans l'utérus; empêcher la réunion des bords de la nouvelle plaie en y interposant une tente de charpie; enfin prévenir ou combattre la phlegmasie locale qui suit infailliblement l'opération.

977. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Tumeurs diverses dans le vagin (*Voy.* le tableau, pag. 333); — Rétrécissement du vagin, 978; — Grossesse.

RÉTRÉCISSEMENT DU VAGIN.

978. *Signes diagnostiques.* A la suite d'ulcération, de plaies, d'inflammation aiguë du vagin, ou d'irritation chronique par l'abus d'injections irritantes, le coït est devenu impossible ou très-difficile et douloureux, l'écoulement du sang des règles est empêché d'une manière plus ou moins complète : si l'on introduit le doigt dans le vagin, on trouve celui-ci resserré sur lui-même, inégal, rugueux; il n'existe d'ailleurs aucune tumeur dans son intérieur ou dans son voisinage, qui puisse être regardée comme la cause de l'occlusion qui se présente.

979. *Indications, moyens.* Si le vagin n'est qu'en partie obturé, élargir l'ouverture qui reste, en y introduisant un corps dilatant. Si la continuité de ce

canal est tout à fait interrompue, pratiquer avec l'instrument tranchant une ouverture artificielle dans le lieu que le sang accumulé aura rendu saillant. Dans le cas où l'adhérence occupe une grande étendue, et lorsqu'on ne peut être guidé par la présence d'une tumeur fluctuante pour pratiquer une incision, s'abstenir de toute opération.

RENVERSEMENT DU VAGIN.

980. *Signes diagnostiques.* Hors de la vulve se présente une tumeur molle, régulière, ovale, lisse, d'une couleur rougeâtre, et plus épaisse à sa partie inférieure que dans le reste de son étendue. A son centre est une ouverture assez large pour permettre l'introduction du doigt, qui, après l'avoir franchie, pénètre dans un canal au haut duquel il rencontre le col utérin. Cette tumeur est susceptible de réduction (si elle est peu ancienne), soit par la compression, soit même lorsque la malade se place horizontalement. Elle est, au contraire, irréductible, au moins totalement, et présente des duretés, des excoriations, des ulcérations, si elle existe depuis long-temps. (*Renversement complet.*)

Dans l'intérieur du vagin, sous l'arcade du pubis, à peu de distance de la vulve, le toucher fait reconnaître un bourrelet circulaire mou, indolent, plissé, au centre duquel le doigt découvre le col de l'utérus, situé plus bas qu'à l'ordinaire. (*Relâchement.*)

Dans ces deux cas, les phénomènes sont plus marqués pendant la station ou la progression, et la femme éprouve des tiraillemens dans les lombes, des pesanteurs au fondement. La tumeur, au contraire, disparaît entièrement ou diminue, ainsi que les incommodités qui en dépendent, par le décubitus sur le dos.

981. *Caractères anatomiques.* La tumeur est formée par la seule membrane muqueuse du vagin, déplacée et engorgée.

982. *Indications, moyens.* Réduire la portion de membrane ainsi descendue, la maintenir réduite, et prévenir son relâchement ultérieur au moyen d'une compression méthodique et continue, exercée par un pessaire.

983. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Descente de l'utérus, 993; — Renversement de l'utérus, 998.

ENTÉROCÈLE VAGINALE.

984. *Signes diagnostiques.* Dans le vagin est une tumeur née de la paroi postérieure ou des parois latérales, ou de la partie supérieure et antérieure de ce canal. Cette tumeur est sphérique ou ovale, n'a aucune ouverture, offre la même consistance partout, est molle ou tendue, mais rénitente; est susceptible de réduction en faisant entendre le gargouillement; possède enfin les caractères de l'entérocèle (785). En explorant avec soin le vagin, le doigt rencontre le col de l'utérus dans sa position ordinaire.

985. Cette tumeur paraît à la face antérieure du va-

gin, tout près de l'orifice utérin; il existe alors des besoins continuels et de la difficulté d'uriner, que le décubitus sur le dos fait disparaître; il y a des coliques fréquentes et assez fortes, et une tension douloureuse dans l'hypogastre. Ces phénomènes indiquent que la hernie a lieu entre la vessie et la matrice.

986. Ou bien la tumeur occupe la paroi postérieure du vagin, descend plus ou moins bas jusqu'à la vulve, ou même au-delà, gêne la sortie des excrémens et déjète le périnée en dehors. Dans ce cas l'intestin s'est engagé entre le vagin et le rectum.

987. *Indications, moyens.* Réduire la hernie en faisant coucher la malade de telle manière que le bassin soit plus élevé que la poitrine, et en exerçant sur la tumeur une pression modérée à l'aide de deux doigts introduits dans le vagin. Puis maintenir les parties réduites au moyen d'un pessaire en bondon.

988. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Renversement du vagin, 980; — Renversement ou descente de l'utérus, 993, 998; — Polype du vagin, 990; — Cystocèle vaginale, 1030.

VARICES DU VAGIN.

989. *Signes diagnostiques.* Une pesanteur habituelle au périnée, des tiraillemens, quelques douleurs vagues dans les reins se font sentir; quelquefois des hémorrhagies plus ou moins fréquentes, plus ou moins abondantes, ont lieu par la vulve, et le sang

qui s'écoule est noir. Si l'on explore le vagin on y aperçoit des tumeurs noueuses, inégales, livides, ayant tous les caractères des varices (98).

POLYPE DU VAGIN.

990. *Signes diagnostiques.* La malade éprouve la plupart des phénomènes qui résultent de la présence d'une tumeur dans le vagin (Voy. 1006). Le doigt introduit dans ce canal y découvre une tumeur circonscrite, pédiculée, offrant les caractères des polypes utérins. (Voy. 1003.)

991. *Indications, moyens.* Enlever cette tumeur à l'aide de la ligature, si elle est portée sur un pédicule, ou au moyen de l'instrument tranchant si elle est adhérente par une large surface.

992. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Entérocèle vaginale, 984 ; — Cystocèle vaginale, 1030 ; — Renversement du vagin, 980 ; — Descente, Renversement de l'utérus, 993, 998.

DESCENTE DE L'UTÉRUS.

993. *Signes diagnostiques.* Une femme éprouve habituellement, surtout quand elle est debout, un sentiment de pesanteur au siége, des tiraillemens, des douleurs dans la région lombaire. Le toucher fait reconnaître dans le vagin la présence d'une tumeur conoïde dont le sommet ou partie inférieure est libre et présente une ouverture oblongue, transversale, ou

ronde et irrégulière, qu'on reconnaît pour être l'orifice du col; dont la base, ou partie adhérente, est dirigée en haut, et entourée (ainsi que cela a lieu dans l'état naturel) par une espèce de cul-de-sac qui permet de promener l'extrémité du doigt autour d'elle. (1er degré, ou *relâchement*.)

994. L'état précédent a existé pendant un certain temps; la malade se plaint en outre d'une difficulté habituelle d'aller à la garde-robe ou de rendre ses urines, surtout pendant qu'elle est debout ou assise. On aperçoit hors de la vulve une tumeur formée par le col utérin, et qui présente d'ailleurs les caractères indiqués plus haut (993). (2e degré, ou *chute*.)

995. Les phénomènes décrits précédemment (993, 994) ont existé. Une tumeur sort de la vulve et pend entre les cuisses; elle est allongée, cylindroïde, se termine en bas par une extrémité étroite offrant à son centre une fente transversale ou une ouverture arrondie et béante qui peut permettre à peine l'introduction d'une sonde ou de l'extrémité du petit doigt, et à travers laquelle s'écoule le sang des règles. Cette tumeur est sensible au toucher et présente, si elle est ancienne, du gonflement, de la rougeur, des excoriations plus ou moins profondes. Son extrémité supérieure se continue avec les parties génitales externes et n'est point entourée par une cavité circulaire dans laquelle on puisse promener le doigt comme dans le cas de relâchement (993). Souvent le jet de

l'urine se dirige en avant, ou même en haut; ou bien il y a impossibilité d'uriner, et la vessie distendue forme une saillie au-dessus du pubis. Enfin, on peut réduire la tumeur en la comprimant méthodiquement, et pendant que la femme est couchée sur le dos; après la réduction la plupart des accidens disparaissent ordinairement. (3e degré : *précipitation.*)

996. *Caractères anatomiques.* La tumeur est formée par l'utérus, qui est descendu plus ou moins bas dans le petit bassin ou fait saillie entre les grandes lèvres; elle a entraîné avec elle le vagin, qui se trouve retourné sur lui-même. La vessie a suivi ces organes, est renversée en arrière, se trouve dans l'excavation pelvienne à la place qu'occupait autrefois l'utérus, et située horizontalement ainsi que l'urètre. Quelquefois on rencontre plusieurs anses intestinales, ou l'épiploon, engagés dans le cul-de-sac que forme au fond du petit bassin le vagin renversé. Si l'affection est ancienne, la membrane qui recouvre en grande partie la tumeur (c'est-à-dire la membrane muqueuse vaginale) a changé de nature par le contact de l'air et des vêtemens, et se rapproche plus ou moins de la peau par son aspect extérieur (ce qui, joint à la présence d'une ouverture et à la disposition allongée de la tumeur, donne à celle-ci l'apparence grossière d'une verge dont le gland serait à demi couvert par le prépuce); mais ordinairement cette membrane est rouge et excoriée. Les bords de l'orifice du col sont saillans

et dans l'état ordinaire si la maladie est récente, ou bien ils sont renversés, ridés, comme découpés ; et le col lui-même est très-allongé.

996 *bis. Indications, moyens.* Replacer l'organe dans son lieu naturel en le poussant de bas en haut, méthodiquement, avec lenteur, après avoir combattu l'inflammation, s'il en existe ; puis maintenir les parties en place au moyen du repos, du décubitus sur le dos, le bassin étant plus élevé que la poitrine, ou bien par l'usage du pessaire. Si la tumeur est irréductible, ou que sa réduction donne lieu à des accidens, la maintenir au dehors à l'aide d'un suspensoir. S'il y a complication de grossesse, et si cet état est commençant, réduire les parties. Si, au contraire, la grossesse est très-avancée, soutenir la tumeur, et ne chercher à en opérer la réduction qu'après l'accouchement.

997. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Renversement de l'utérus, 998 ; — Polype du vagin ou de l'utérus, 990, 1003, 1006 ; — Renversement du vagin, 980.

RENVERSEMENT DE L'UTÉRUS.

998. *Signes diagnostiques.* Pendant l'accouchement ou à sa suite, après l'expulsion trop prompte du fœtus ou du placenta, la femme éprouve la plupart des incommodités dépendantes de la présence d'un corps étranger dans le vagin (1006). Le toucher fait reconnaître dans ce canal une tumeur qui a la

forme d'un segment de sphère, sans ouverture à son extrémité libre, et dont la base est environnée par le col utérin, formant un bourrelet circulaire autour duquel on peut promener le doigt, soit en dedans, c'est-à-dire immédiatement sur la tumeur, soit en dehors, entre la paroi du vagin et la face externe du col, dans le cul-de sac qui résulte de la réunion de ces deux parties. En même temps, si l'accident est arrivé immédiatement après l'accouchement, il y a perte de sang, douleurs semblables à celles de l'enfantement, et l'on ne sent pas au-dessus des pubis un corps globuleux, dur, que forme ordinairement, dans ce cas, l'utérus contracté; on n'y découvre au contraire qu'un vide insolite. (*Renversement incomplet.*)

999. A l'entrée du vagin ou hors de la vulve, entre les cuisses de la malade se présente une tumeur irrégulièrement ovoïde ou pyriforme, dont la surface est rouge, inégale, saignante, douloureuse au toucher, si la maladie est récente, ou bien peu sensible et pâle, si elle existe depuis long-temps; cette tumeur verse du sang en nappe de tous les points de sa surface aux époques des règles; elle est suspendue par une portion rétrécie qu'entoure un bourrelet formé par les bords de l'orifice du col utérin. (*Renversement complet.*)

1000. *Caractères anatomiques.* La matrice est retournée sur elle-même, de telle sorte que sa face interne est devenue externe, tandis que l'externe est tournée en dedans; le fond de l'organe abaissé des-

cend dans le vagin à travers l'orifice du col utérin. Si le renversement est complet, le fond de l'utérus a entraîné après lui le col, la partie supérieure du vagin, et l'organe se présente tout entier hors de la vulve.

1001. *Indications, moyens.* Réduire la tumeur après avoir combattu l'inflammation s'il en existe et maintenir les parties réduites par le repos, la position horizontale et l'usage d'un pessaire.

1002. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Polype du vagin, du col de l'utérus, de la cavité de l'utérus, 990, 1003, 1006; — Renversement du vagin, 980.

POLYPE AU COL UTÉRIN.

1003. *Signes diagnostiques.* Les symptômes ordinaires de la présence d'un corps étranger dans le vagin ont lieu (1006) ; le toucher fait reconnaître dans ce canal une tumeur peu ou point sensible, ordinairement pédiculée, molle, élastique, adhérente au col, dont la membrane externe est allongée dans le point de l'insertion et se confond avec celle qui recouvre la tumeur. Si cette dernière fait saillie entre les grandes lèvres, elle offre en outre les caractères des polypes.

1004. *Indications, moyens.* Extirper cette tumeur en l'attaquant à sa base, soit par la ligature, soit par l'excision.

1005. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Renversement de l'utérus, 998; — Polype du corps de l'utérus, 1006.

POLYPE DANS LA CAVITÉ DE L'UTÉRUS.

1006. *Signes diagnostiques.* Une femme éprouve depuis un certain temps un embarras, un sentiment de pesanteur ou des douleurs vagues dans l'hypogastre et vers le siége, des tiraillemens douloureux dans les lombes, aux aines et à la partie supérieure des cuisses; la menstruation est irrégulière, plus fréquente, plus abondante qu'à l'ordinaire, ou plus rare, ou même suspendue.

L'utérus a augmenté lentement de volume : palpé dans la région hypogastrique, il ne paraît pas régulièrement sphérique ni élastique. Le doigt introduit dans le vagin trouve l'orifice du col écarté et rempli par une tumeur peu saillante, arrondie, lisse, dure, indolente. (1er degré. *Polype commençant.*)

Les symptômes précédens ont existé; un écoulement habituel, séreux, muqueux ou sanguin, par la vulve, est survenu; les pesanteurs, les douleurs à l'hypogastre, au siége, aux lombes, etc., ont cessé ou diminué; dans le vagin ou entre les grandes lèvres est une tumeur arrondie, lisse, élastique, qui s'est développée lentement. Le doigt, en la suivant, remonte jusque dans le col utérin, qu'il trouve un peu abaissé et qu'on reconnaît à la présence d'un bourrelet circulaire qu'entoure le cul-de-sac formé par l'extrémité supérieure du vagin. Cette tumeur est plus étroite dans sa portion embrassée par le col que dans

toute autre, et n'est point accompagnée, à moins qu'elle ne descende très-bas entre les cuisses et n'ait produit le renversement de l'utérus, d'une dépression en godet du fond de cet organe.

1007. *Indications*, *moyens*. Extirper la tumeur en appliquant une ligature sur son pédicule.

1008. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Renversement de l'utérus, 998; — Chute de l'utérus, 994.

CANCER DE L'UTÉRUS.

1009. *Signes diagnostiques*. Une femme a éprouvé pendant un certain temps divers symptômes d'irritation des organes génitaux, comme irrégularité de la menstruation, douleur au fond du vagin, écoulement habituel sanguin ou sanieux par la vulve, provoqué ou augmenté par le coït, leucorrhée abondante, pertes sanguines fréquentes ou périodiques, après l'âge critique, accompagnées des phénomènes sympathiques de la menstruation; cette femme ressent habituellement des douleurs pongitives ou lancinantes au col utérin, aux aines, à la partie supérieure et interne des cuisses, ou n'éprouve seulement qu'un sentiment de gêne, de malaise, dans les hanches, l'hypogastre ou les lombes. Le doigt introduit dans le vagin trouve le col de l'utérus ou ramolli dans toute son étendue, ou offrant des points durs qui contrastent avec la mollesse des parties voisines; l'orifice utérin est élargi, irrégulier; en pressant les

bords, on provoque l'écoulement d'un liquide sanieux, le coït produit le même effet. Si l'on explore les parties à l'aide du *speculum uteri*, la membrane muqueuse du col paraît d'une couleur rouge plus ou moins foncée, violette ou livide. (1er degré.)

1010. L'état précédent a duré pendant un temps plus ou moins long, les douleurs sont très-vives. Si la maladie a son siége au col de l'utérus, celui-ci est ramolli, fongueux ; sa surface est ulcérée, inégale, frangée, saignante, très-douloureuse au toucher. Si, au contraire, c'est le corps lui-même qui est affecté, le col n'est que déformé et saillant : l'utérus est plus volumineux qu'à l'ordinaire ; il s'écoule par le museau de tanche un liquide fétide, ichoreux, contenant des débris d'une matière putride et des caillots sanguins putréfiés ; il survient des pertes plus ou moins fréquentes, un sentiment pénible de pesanteur vers le rectum, qu'augmente la pression sur l'hypogastre. (2e degré.)

1011. A ces symptômes devenus de plus en plus intenses, se joignent ceux de la diathèse cancéreuse, tels que la couleur jaune paille de la peau, l'œdème des membres inférieurs, la bouffissure générale et autres altérations de nutrition. En outre, les douleurs que la malade ressent dans les hanches, les aines, les lombes, l'hypogastre, deviennent déchirantes et intolérables, l'écoulement par la vulve est plus abondant et entraîne des caillots noirâtres ou un putrilage extrêmement fétide, qui se trouve même mêlé aux urines, aux matières fécales, lorsque la ma-

ladie a détruit les cloisons recto-vaginale et vésico-vaginale, et dont le contact sur les parties génitales externes et les cuisses détermine la formation d'escarres gangréneuses. (3e degré.)

1012. *Caractères anatomiques.* Les parties malades sont transformées en tissu squirrheux ou en tissu encéphaloïde, ou du moins les contiennent réunis ou isolés à l'état d'infiltration ; leur surface est ulcérée plus ou moins profondément, et recouverte par une couche de putrilage d'un gris cendré ou noirâtre très-fétide; ou bien elle présente des bourgeons charnus, d'une couleur rouge, violacée, ou des fongosités nombreuses et saillantes. Si la maladie a acquis un haut degré d'intensité, et si, pendant la vie, les matières fécales et les urines coulaient à travers les parties génitales, on voit que l'ulcération s'est étendue de l'utérus à la vessie et au rectum, qui sont perforés et communiquent avec le vagin, de telle sorte qu'à l'intérieur du bassin il n'existe plus qu'une cavité ulcéreuse informe, véritable cloaque où se trouvent confondus le putrilage fourni par l'ulcère, les urines et les matières fécales. Souvent le col seul est altéré, le corps même de l'utérus est conservé ; mais toujours (si la maladie est déjà ancienne) la paroi interne de l'organe présente des traces de phlegmasie chronique, comme une couche épaisse de mucosité à sa surface, le ramollissement, l'épaississement, la coloration grise ou noire de la muqueuse.

1013. *Indications, moyens.* Dans le premier degré

mettre en usage le traitement anti-phlogistique local et général et les médicamens internes conseillés pour cette maladie. Dans le second et le troisième degré, recourir à l'extirpation ou à la cautérisation, à moins que l'organe ne soit détruit en totalité ou dans presque toute son étendue. La rescision est indiquée lorsque le tissu altéré présente une certaine consistance et que la désorganisation n'est pas assez profonde pour qu'on ne puisse trancher au milieu du tissu sain. Dans les circonstances contraires, la cautérisation est le moyen préférable.

1014. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Leucorrhée abondante, fétide; — Allongement du col coïncidant avec le catarrhe utérin; — Inflammation chronique de l'utérus; — Polype de l'utérus; — Ulcère vénérien ou scrophuleux.

OCCLUSION DU COL UTÉRIN.

1015. *Signes diagnostiques.* La plupart des symptômes de l'imperforation du vagin existent (974), si ce n'est que le doigt peut pénétrer dans ce canal jusqu'au col de l'utérus, dont on trouve l'ouverture fermée soit par une membrane, soit par l'adhérence mutuelle de ses bords.

1016. *Indications, moyens.* Rétablir l'ouverture naturelle en divisant, à l'aide de l'instrument tranchant, les adhérences ou la membrane accidentelle qui la ferment.

1017. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Celles qui consistent dans les changemens de direction de l'utérus qui ne permettent pas de découvrir l'ouverture du col, tels que : Obliquité de l'utérus; — Rétroversion de l'utérus, 1033. (Voy. 977.)

MÉTRITE.

1018. *Signes diagnostiques.* Une femme ressent des douleurs obtuses gravatives qui, de la région hypogastrique, s'étendent aux aines, à la région lombaire, au vagin, au périnée, à la partie supérieure des cuisses, et s'accompagnent de difficulté d'aller à la garde-robe, de dysurie et de cuissons à la vulve en urinant. La malade préfère le décubitus sur le dos, toute autre position lui étant insupportable. En touchant l'hypogastre, on rend la douleur extrêmement vive et l'on y sent un corps arrondi, dur, d'une sensibilité excessive. (*Inflammation du corps de l'utérus.*) Si l'on introduit le doigt dans le vagin, on y éprouve le sentiment d'une vive chaleur, et le col de l'utérus est très-sensible, brûlant, paraît tuméfié et très-consistant. (*Inflammation du col utérin.*) Si la maladie s'est déclarée peu après un accouchement, l'écoulement des lochies est suspendu, les mamelles, flasques et douloureuses, ne sécrètent point de lait. Si la métrite a lieu dans toute autre circonstance, le flux menstruel est arrêté, il ne s'écoule de la vulve qu'un liquide roussâtre ou rouge, sanieux, dont la sortie

est précédée de vives douleurs hypogastriques et lombaires (souvent à ces symptômes se joignent ceux de l'inflammation du péritoine ou des différens organes abdominaux, ce qui quelquefois peut rendre le diagnostic difficile). La *métrite chronique* présente les mêmes phénomènes, mais à un moindre degré d'intensité, et s'accompagne ordinairement d'un écoulement habituel de sanie fétide par la vulve.

1019. *Caractères anatomiques.* L'utérus a augmenté de volume, ses parois sont rouges uniformément ou par plaques, sont gonflées, ramollies, gorgées de sang; sa cavité contient aussi une plus ou moins grande quantité de ce liquide. Si la métrite s'est terminée par suppuration, on trouve du pus, soit à l'état d'infiltration dans le tissu de l'organe, soit accumulé en foyers au-dessous de ses membranes. Quelquefois ces mêmes foyers communiquent, à l'aide d'ouvertures fistuleuses, avec la cavité utérine, qui se trouve alors contenir un fluide purulent et sanguinolent. Si la gangrène a terminé la maladie, le tissu de la matrice est ramolli, friable, couvert de plaques d'un vert brunâtre ou noires, comme charbonnées, et répand l'odeur de la gangrène.

1020. *Indications, moyens.* Les mêmes que dans les autres phlegmasies parenchymateuses.

1021. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Péritonite, 758; — Inflammation des autres organes abdominaux; — Hystérie; — Catarrhe utérin; — Cancer de l'utérus, 1009.

HÉMATOMÈTRE.

1022. *Signes diagnostiques.* (Voy. *Imperforation du vagin*, 974.)

HYDROPISIE DE L'UTÉRUS.

1023. *Signes diagnostiques.* Une femme présente une tuméfaction du ventre : cette tuméfaction a commencé à paraître au centre de l'hypogastre, s'est étendue progressivement de bas en haut, ne s'est point accompagnée du gonflement des seins, de mouvemens insolites dans le ventre, de changemens de consistance ni de dimensions dans le col utérin : en palpant l'abdomen, on sent une tumeur arrondie, rénitente, qui, sortant du bassin, s'étend plus ou moins haut; cette tumeur éprouve peu de déplacement dans les diverses positions que prend la malade; on y sent une fluctuation profonde, obscure, circonscrite. Si, plaçant le doigt indicateur d'une main sur le col de l'utérus, on percute avec l'autre main la tumeur hypogastrique, le doigt sent assez manifestement le choc d'un liquide à travers les parties qu'il touche.

1024. *Caractères anatomiques.* La tumeur est formée par l'utérus, dont les parois sont amincies et distendues par un liquide. Ce liquide est limpide, inodore, et la membrane interne de la matrice est à-peu-près dans l'état naturel; ou bien, il est épais,

sanguinolent, trouble, et plus ou moins semblable à du marc de café, à de l'urine, à de la lavure de chairs, etc. Dans ces cas, la muqueuse présente des traces de phlegmasie chronique. Toujours l'orifice du col est fermé, ou par une tumeur, ou par un gonflement du tissu de l'organe.

1025. *Indications, moyens.* Débarrasser l'utérus du liquide qu'il renferme, soit en excitant des contractions énergiques dans ses parois par des injections irritantes ou par l'emploi de sternutatoires, de drastiques, de vomitifs, soit plutôt en dilatant l'orifice du col utérin. Si le gonflement est assez considérable pour gêner les fonctions digestives ou respiratoires, évacuer le liquide au moyen de la ponction pratiquée au col de l'utérus dans le lieu que doit occuper son ouverture; puis prévenir le retour de l'épanchement, en maintenant l'ouverture libre par l'introduction d'une sonde ou d'une éponge retenue par un fil fixé au dehors.

1026. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Ascite, 779; — Hydropisie enkystée de l'ovaire, 775; — Hématomètre, 1022; — Grossesse.

HYDROMÈTRE HYDATIQUE.

1027. *Signes diagnostiques.* Chez une femme encore réglée, l'écoulement menstruel s'est supprimé, le ventre a augmenté de volume par la présence d'une tumeur qui a paru d'abord dans l'hypogastre. Les seins ont acquis du développement, sont devenus sensibles; enfin, la plupart des phénomènes d'une

grossesse commençante ont paru; mais au bout d'un certain temps les seins se sont affaissés, et la santé de la femme s'est sensiblement détériorée. La malade ressent dans la matrice une espèce de *grouillement*, des mouvemens sourds, inaccoutumés; il survient quelquefois des petites pertes de sang et un écoulement de sérosité, contenant des débris membraneux blanchâtres, demi-transparens. Ces divers symptômes ayant persisté pendant plusieurs mois (de quatre à neuf au plus), des coliques se font sentir et sont suivies d'envies fréquentes d'uriner, de pertes sanguines, de douleurs expulsives comme dans l'accouchement, et il s'échappe à travers la vulve des vésicules hydatiques isolées ou en grappes, nageant dans une sérosité sanguinolente et mêlée à des débris d'hydatides.

1028. *Indications, moyens.* Expulser ces corps étrangers en excitant les contractions de l'utérus, après les avoir détruits à l'aide d'injections irritantes, d'une dissolution de sel marin, en particulier.

1029. *Maladies qu'on pourrait confondre.* (Voy. 1026.)

CYSTOCÈLE VAGINALE.

1030. *Signes diagnostiques.* A la paroi antérieure du vagin, et près de l'orifice de ce canal, est une tumeur survenue pendant quelque effort ou à la suite d'un accouchement difficile. Cette tumeur est molle, indolente, peu saillante et à base large; elle est en-

core entièrement contenue dans le vagin et présente à sa surface les rides de la muqueuse vaginale, ou bien elle fait saillie à l'extérieur, paraît alors rouge et lisse. Dans ces deux cas elle est dure, fluctuante quand la malade retient ses urines, s'affaisse sous le doigt qui la presse, et s'accompagne alors d'envie d'uriner. Elle devient, au contraire, molle, moins volumineuse, ou disparaît même lorsque la vessie est peu remplie ou entièrement vide.

1031. *Indications, moyens.* Contenir la portion de vessie qui fait hernie entre les fibres de la tunique musculeuse du vagin, au moyen d'un pessaire en bondon, d'un volume suffisant; assurer la guérison de la maladie en recommandant à la femme de ne pas retenir long-temps ses urines, ou bien en s'opposant à l'accumulation de ce liquide, si son écoulement est empêché, au moyen d'une sonde introduite dans la vessie.

1032. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Renversement du vagin, 980; — Entérocèle vaginale, 984; — Varices volumineuses du vagin, 989; — Polype du vagin, 990.

RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS.

1033. *Signes diagnostiques.* Une femme (ordinairement à l'époque de deux ou trois mois de grossesse) éprouve une difficulté plus ou moins grande d'uriner et d'aller à la garde-robe; de là les phénomènes

ordinaires de la rétention d'urine et de la constipation, telles que pesanteur habituelle dans le bassin, douleurs dans les aines, aux lombes, coliques, apparition d'une tumeur à l'hypogastre. En même temps il existe une tuméfaction douloureuse des parties génitales externes. Si l'on pratique le toucher, on trouve la paroi antérieure du vagin très-distendue, tandis que sa paroi postérieure est lâche et plissée. On ne peut découvrir ni la saillie formée par le col utérin, ni même l'orifice de cet organe; mais dans le lieu où on les rencontre ordinairement, c'est-à-dire à la partie supérieure et moyenne du vagin, on sent une tumeur immobile, dure, arrondie, à surface lisse, formée par la partie postérieure du corps de l'utérus. Le doigt introduit dans le rectum distingue à travers sa paroi antérieure le fond de la matrice, qui y fait saillie et en interrompt plus ou moins exactement la continuité. Si la rétroversion est incomplète, on rencontre bien le col, mais il est situé très-haut derrière le pubis et caché en partie par la vessie distendue.

1034. *Caractères anatomiques.* Le col utérin est relevé, son orifice regarde la symphise du pubis, tandis que le fond de la matrice est dirigé, soit vers l'angle sacro-vertébral, soit dans la concavité du sacrum, ou bien est renversé de manière à être placé entre le rectum et la paroi postérieure du vagin : le canal de l'urètre est dévié en proportion du degré du renversement, remonte plus ou moins haut derrière ou au-

dessus de l'arcade du pubis, et se trouve comprimé par le col utérin : la vessie est pleine d'urine, le rectum est distendu par les matières fécales qui n'ont pu franchir la partie de l'intestin qui se trouve pressée entre le sacrum et le corps de l'utérus.

1035. *Indications*, *moyens*. Réduire les parties au moyen d'une position favorable donnée à la malade et d'une pression méthodique exercée sur le fond de l'utérus, soit par le vagin, soit par le rectum; puis maintenir la matrice dans sa situation naturelle à l'aide d'un pessaire et du repos jusqu'à une époque avancée de la grossesse. Si la réduction n'est pas praticable, ou ne suit pas les premières tentatives, qui, d'ailleurs, doivent être faites avec ménagement, procurer d'abord l'évacuation de l'urine, puis prévenir l'inflammation ou la combattre, dès qu'elle commence, par la saignée, les bains. Enfin, si ces moyens sont infructueux, et que les accidens inflammatoires résultant de la rétention de l'urine ou des matières fécales surviennent, on a proposé de pratiquer la symphyséotomie.

ANTÉVERSION DE L'UTÉRUS.

1036. *Signes diagnostiques*. Ils ne diffèrent de ceux de la rétroversion qu'en ce que la paroi antérieure du vagin est plissée et molle, tandis que la postérieure est tendue et lisse, et que l'on trouve le col de l'utérus appuyé contre la cloison recto-vaginale,

et situé plus ou moins haut dans la concavité du sacrum.

INFLAMMATION DE LA VESSIE.

1037. *Signes diagnostiques.* Le malade éprouve des besoins continuels d'uriner, fait des efforts fréquens et vains pour y satisfaire, ou ne rend qu'avec peine et de vives douleurs quelques gouttes d'urine. Ce liquide, qui d'abord était clair et limpide, est trouble, briqueté, et produit, à la naissance de l'urètre, un sentiment d'ardeur qui se propage quelquefois à toute l'étendue de ce canal. Il y a de la fièvre, des douleurs continues, de la chaleur à l'hypogastre, et une pesanteur incommode au périnée. Si l'affection est très-intense et la rétention d'urine complète, à ces symptômes se joignent des douleurs dans les reins, l'élévation de l'hypogastre, des nausées, des vomissemens, une vive anxiété, l'odeur urineuse de l'haleine et de la sueur. (*Cystite aiguë.*)

1038. La plupart des phénomènes précédens se manifestent, mais à un faible degré, ou bien il n'existe autre chose qu'un peu de pesanteur au périnée, des besoins assez fréquens d'uriner, une légère douleur continue ou par accès à l'hypogastre; les urines sont jaunes et déposent une matière visqueuse semblable à du sperme, mais sans odeur, ou bien un liquide glaireux, analogue au blanc d'œuf. L'introduction d'une sonde dans la vessie est difficile et provoque de vives douleurs. (*Cystite chronique.*)

1039. *Caractères anatomiques.* Si la cystite est aiguë, la membrane interne de la vessie est le siége d'une rougeur plus ou moins intense, occupant toute l'étendue ou seulement quelques points de sa surface. Si la cystite est chronique, les parois de la vessie présentent diverses altérations, telles qu'un épaississement, une couleur brunâtre de la muqueuse, des ramifications veineuses dilatées ou même des varices, surtout vers le col, des rides d'autant plus nombreuses que la vessie est plus contractée, un développement plus ou moins considérable des follicules muqueux qui fournissent par la pression un liquide visqueux pareil à celui que contenaient les urines, enfin des ulcérations, des perforations, etc. La vessie est contractée, et ses parois sont épaisses, ou bien elle est distendue et contient une urine fétide mêlée à du pus, à du sang, à des mucosités.

ISCHURIE PAR PARALYSIE DE LA VESSIE.

1040. *Signes diagnostiques.* L'urine ne coule plus depuis un certain temps; une tumeur indolente, arrondie, large, rénitente, se développant de bas en haut, a paru au-dessus des pubis. En portant le doigt dans l'anus, ou dans le vagin, selon le sexe de l'individu, on sent, à la partie antérieure et supérieure du bassin, une tumeur rénitente, ronde. En pressant cette tumeur, on détermine chez le malade des envies d'uriner : le même phénomène a également

lieu si l'on appuie la main sur l'hypogastre; on peut même, par ce moyen, produire l'écoulement d'une certaine quantité d'urine par l'urètre. La rétention de ce liquide ayant été complète pendant un certain temps, celui-ci vient à s'écouler spontanément, mais lentement, goutte à goutte, ou par un filet mince, souvent interrompu; cependant l'hypogastre reste saillant. Si l'on introduit une sonde dans la vessie, une grande quantité d'urine s'en échappe, et toos les symptômes disparaissent.

1041. *Indications, moyens.* Opérer l'évacuation du liquide contenu dans la vessie, par le cathétérisme; rendre à cet organe la contractilité nécessaire pour chasser l'urine qui tend à s'y accumuler. On remplit cette dernière indication en combattant la cause de la paralysie de la vessie, ou en employant des moyens propres à réveiller l'énergie de ce viscère.

1042. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Suppression d'urine, 1043; — Rétention d'urine produite par la présence d'une tumeur dans le bassin, ou le déplacement de l'otérus. (*Voy.* le tableau qui précède, pag. 353.)

SUPPRESSION D'URINE.

1043. *Signes diagnostiques.* L'écoulement de l'urine est suspendu ou diminué; la région hypogastrique est molle, on n'y sent pas de tuméfaction. Si l'on place une des mains au dessus des pubis et qu'on cherche en même temps, à l'aide de l'indicateur de

l'autre main, à sentir la vessie à travers les parois du vagin ou du rectum, on ne découvre point de tumeur, et l'on reconnaît que cet organe est flasque et affaissé. Le malade n'éprouve point d'ailleurs le besoin d'uriner. Enfin, si l'on introduit une sonde dans la vessie, il ne s'écoule point d'urine, ou bien il n'en sort qu'une très-petite quantité. A ces phénomènes sont joints ceux qui appartiennent à l'affection dont la suppression d'urine est un symptôme.

ISCHURIE PAR LA PRÉSENCE DE CALCULS DANS L'URÈTRE.

1044. *Signes diagnostiques.* L'écoulement des urines (ordinairement chez un homme) s'est arrêté tout-à-coup, ou bien est difficile et douloureux. On sent à travers les parois de l'urètre, soit à la verge, soit au périnée, un corps dur, plus ou moins irrégulier. Une sonde introduite dans le canal ne peut le traverser entièrement et s'arrête là où l'on sent le corps étranger. Ce dernier s'est présenté spontanément pendant l'expulsion de l'urine, chez un individu qui a déjà rendu des graviers en urinant.

1045. *Indications, moyens.* Rétablir le cours de l'urine, soit en faisant l'extraction du calcul à l'aide d'un stylet, d'une curette, d'une pince à gaîne ou par une incision pratiquée à l'urètre, soit en facilitant son expulsion par des injections huileuses, des pressions méthodiques exercées le long du canal, ou par la succion de la verge, si le corps étranger se trouve près de l'extrémité de cet organe.

1046. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Rétrécissement de l'urètre, 954 ; — Suppression d'urine, 1043 ; — Tuméfaction de la prostate, 961.

CATARRHE URÉTRAL VÉNÉRIEN.

1047. *Signes diagnostiques.* Après un coït suspect il est survenu à l'extrémité de la verge des titillations, un prurit plus ou moins vif; au bout de deux ou trois jours (rarement plus de six), un écoulement muqueux limpide ou séreux, et d'un jaune verdâtre, a paru; le malade éprouve des envies fréquentes d'uriner, les urines ne coulent plus ou sortent en plus petite quantité; le jet qu'elles forment a une moindre grosseur, et leur émission est accompagnée d'un sentiment de brûlure le long du canal de l'urètre, qui est saillant et dur à l'extérieur, et dont l'orifice est rouge, tuméfié et douloureux. Enfin, si la maladie est intense, ces symptômes sont accompagnés de ceux de l'inflammation du testicule (897). Cet état ayant duré pendant un certain temps (quinze jours ou trois semaines ordinairement), peu-à-peu les envies et la difficulté d'uriner diminuent, la douleur s'apaise, la matière de l'écoulement est plus épaisse, visqueuse, blanchâtre et moins abondante; mais assez souvent des symptômes d'infection vénérienne se manifestent sous la forme de bubons, d'ulcères syphilitiques à la verge, à la gorge, dans la bouche, à l'anus, d'ex-

croissances au périnée ou aux parties génitales, d'ophthalmie virulente, etc.

1048. *Indications, moyens.* Combattre par un traitement antiphlogistique l'inflammation locale, et détruire la cause par l'emploi des remèdes antivénériens. Si l'affection est simple, prévenir l'inflammation du testicule en suspendant les bourses et en recommandant le repos au malade.

1049. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Catarrhe urétral non vénérien, 1050; — Ecoulement muqueux accompagnant le rétrécissement de l'urètre (954), l'inflammation chronique de la vessie (1037), ou celle de la prostate (961).

CATARRHE URÉTRAL SIMPLE.

1050. *Signes diagnostiques.* A la suite de l'usage de la bierre, de coït immodéré, par défaut de propreté, ou par l'emploi intérieur de cantharides, de diurétiques énergiques, ou l'abus d'injections irritantes dans l'urètre; par l'effet de l'introduction de bougies ou de sondes dans ce canal, les symptômes indiqués précédemment (1047) ont lieu, à l'exception des signes d'infection vénérienne; un traitement antiphlogistique simple ou des injections répercussives suffisent pour faire disparaître la maladie.

1051. Quand le catarrhe est peu intense et chronique, il ne se manifeste que par les phénomènes sui-

vans : immédiatement après le coït, un écoulement muqueux accompagné ou non de douleur, se montre par l'urètre, acquiert son plus haut degré d'intensité dès le jour même de son invasion, paraît stationnaire pendant quelque temps, diminue, puis reparaît quatre ou cinq jours après : dans cet état, la présence d'une sonde dans le canal y produit la sensation d'une vive piqure ; les excès de table ou de femme, un exercice violent, augmentent les symptômes et suspendent le cours des urines.

1052. *Indications, moyens.* Si l'affection est aiguë, la combattre par un traitement antiphlogistique local et général. Si elle est chronique, modifier l'état de la muqueuse du canal par des injections stimulantes dont on augmente peu à peu l'énergie.

1053. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Catarrhe urétral vénérien, 1047 ; — Ecoulement par l'urètre accompagnant le rétrécissement de ce canal (954), l'inflammation chronique de la vessie (1057), celle de la prostate (961).

PIERRE DANS LA VESSIE.

1054. *Signes diagnostiques.* Le malade ressent, le long de la verge, et principalement au bout du gland, un chatouillement, des démangeaisons incommodes qui l'obligent à tirer souvent cet organe ; il éprouve un sentiment de pesanteur au périnée, et des envies fréquentes d'aller à la selle ou d'uriner. L'expulsion

de l'urine produit des douleurs quelquefois intolérables, surtout quand elle s'achève ; souvent elle se fait en plusieurs fois, le jet s'interrompant tout à coup avant que la vessie soit entièrement vide, et reparaissant si le malade change de position. L'exercice à pied ou à cheval, les cahots d'une voiture, tout mouvement subit, occasionent des douleurs dans la verge et quelquefois l'hématurie. Si la maladie existe depuis un certain temps, l'urine est trouble, blanchâtre, contient des filamens glaireux, du pus, des parcelles écailleuses; le malade se plaint d'engourdissement dans les cuisses ; les testicules sont rétractés et douloureux ; il existe en outre divers symptômes généraux plus ou moins graves.

1055. Si, chez un individu qui offre quelques-uns des phénomènes précédens, on introduit une sonde métallique dans la vessie (cet organe étant plein d'urine), le bec de l'instrument rencontre, après plus ou moins de recherches, une légère résistance, et l'on entend aussitôt un bruit semblable à celui que produit le choc de deux corps durs d'un petit volume. Si, par le moindre mouvement, la sonde perd le corps étranger et ne le retrouve ensuite que difficilement, la pierre est très-petite. Si en faisant mouvoir l'instrument dans différens sens, on le sent toujours en contact avec le corps étranger, celui-ci est volumineux ; si la sonde ne peut pénétrer que difficilement et à une petite profondeur dans la vessie, ne peut exécuter que des mouvemens très-bornés, ne cesse de

toucher l'obstacle, et qu'en même temps le doigt introduit dans le rectum soulève un corps très-pesant qu'on peut sentir également à l'hypogastre, le calcul offre un volume très-considérable. Si la sonde glisse aisément à la surface de ce corps, ou si, au contraire, elle est souvent arrêtée pendant les légers mouvemens qu'on lui imprime, dans le premier cas le calcul est lisse, dans le second il offre des irrégularités nombreuses. Un son obscur et une faible résistance indiquent que la pierre est molle; une grande résistance et un son clair dénotent qu'elle est très-solide. Enfin, s'il existe plusieurs pierres, on sent que la sonde, dans les divers mouvemens qui lui sont communiqués, passe d'un corps etranger à un autre; si l'on rencontre la résistance toujours au même lieu, quelle que soit la position du malade, l'état de vacuité ou de plénitude de la vessie, et si l'on ne peut le frapper qu'avec peine et dans un petit espace, il est à présumer qu'il est chatonné, enkysté ou adhérent.

1056. *Indications, moyens.* Faire sortir le calcul de la vessie. S'il est d'un petit volume, tenter son extraction à travers l'urètre, soit en le saisissant et l'entraînant au dehors à l'aide d'un instrument propre à cette opération, soit en favorisant son expulsion avec le jet de l'urine, après avoir dilaté graduellement et modérément le canal. Si la pierre est peu volumineuse, mais trop grosse cependant pour être extraite par cette voie; si, d'ailleurs, les organes uri

naires sont exempts d'altération, la briser dans l'intérieur de la vessie et en entraîner ensuite les debris au-dehors à la faveur d'injections d'eau tiède, suivant la nouvelle méthode lithontriptique.

1057. Si le calcul est ancien, très-volumineux, et donne lieu à des incommodités assez graves, l'extraire au moyen de la lithotomie, pratiquée soit au périnée, soit par le rectum, soit au-dessus du pubis, suivant les cas. Pallier seulement les symptômes et renoncer à toute opération, si le malade est très-âgé, s'il existe une maladie aiguë, s'il y a ulcération ou cancer de la vessie, si le calcul est chatonné ou d'un volume assez considérable pour ne pouvoir être extrait sans dilacérer les bords de l'ouverture la plus grande qu'on puisse pratiquer dans la taille hypogastrique; enfin, s'il existe une néphrite calculeuse.

1058. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Diverses affections chroniques des reins ou de la vessie, 871, 875, 1037, 1050.

RÉGION ANALE (*).

Tumeur ou tuméfaction.	Renversement du rectum.. . . .	1062
	Hémorrhoïdes.	1069
	Abcès à la marge de l'anus. . . .	1075
	— stercoral.	1076
	Tumeurs variqueuses du rectum.	1080
	Polype du rectum..	1087
	Tumeur squirrheuse du rectum.	1073
	Invagination d'une portion du gros intestin dans le rectum.. . . .	1065
	Voy. tableau des *Maladies communes.*	
Solution de continuité.	Fissure à l'anus..	1059
	Fistule stercorale complète.. . .	1083
	— incomplète.	1084
	Voy. tableau des *Maladies communes.*	
Dérangement dans l'excrétion des matières fécales.	Fissure à l'anus.	1059
	Hémorrhoïdes.	1069
	Abcès à la marge de l'anus. . . .	1075
	— stercoral.	1076
	Imperforation de l'anus.	1067
	Tumeur variqueuse du rectum. .	1080
	Polype du rectum.	1087
	Fistule stercorale.	1083
	Tumeurs squirrheuses du rectum.	1073
Douleur.	Fissure à l'anus.	1059
	Fistule stercorale incomplète.. .	1084
	Hémorrhoïdes.	1069
	Abcès stercoral..	[illegible]
	Tumeurs squirrheuses du rectum	[illegible]
	Voy. tableau des *Maladies* [illegible]	

(*) Comprenant la marge de l'anus et l'entrée [illegible]

FISSURE A L'ANUS.

1059. *Signes diagnostiques.* Le malade éprouve une douleur au siége toutes les fois qu'il va à la selle. Lorsque l'affection est déjà ancienne et que les matières sont très-dures, celles-ci traversent l'anus avec peine, y produisent une sensation de piqûre des plus vives, et se trouvent couvertes de petits filets de sang ou d'une petite quantité d'humeur blanchâtre. Si l'on examine l'anus en ayant soin de déplisser la portion apparente de membrane muqueuse et d'attirer celle-ci un peu au dehors, on aperçoit, dans un point de cette membrane, ordinairement situé au-dessus de l'orifice et entre deux plis, une ulcération oblongue, plus ou moins profonde, à surface rouge. Le doigt introduit dans le rectum y éprouve une forte constriction, et produit de la douleur dans le lieu où siége l'ulcération.

1060. *Indications, moyens.* Combattre l'irritation locale par l'emploi d'un traitement antiphlogistique plus ou moins actif, selon l'état des parties; faciliter l'expulsion des matières fécales, et favoriser la cicatrisation de la fissure en dilatant l'anus à l'aide de douches ascendantes très-fortes, ou bien en divisant le sphincter avec le bistouri, dans le lieu même de l'ulcération.

1061. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Ulcération vénérienne, 141; — Hémorrhoïdes internes, 1068; — Fistule stercorale borgne interne, 1084.

RENVERSEMENT DU RECTUM.

1062. *Signes diagnostiques.* A travers l'anus sort une tumeur circulaire, ou bourrelet rougeâtre, plissé, très-mou, sensible au toucher, pouvant être repoussé par degré dans le rectum, et qu'on reconnaît alors pour être formé par la muqueuse de cet intestin.

1063. *Indications, moyens.* Réduire cette portion de membrane en la poussant avec les doigts de haut en bas et d'avant en arrière; prévenir sa chute en exerçant sur l'anus une compression soutenue, ou bien en introduisant à demeure, dans le rectum, des suppositoires composés ou un pessaire conique; enfin, en recommandant au malade de ne point faire d'efforts et de se tenir le ventre libre.

1064. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Tumeurs variqueuses du rectum, 1080; — Polype du rectum, 1087; — Hémorrhoïdes, 1069; — Invagination dans le rectum, 1065.

INVAGINATION D'UNE PORTION DU GROS INTESTIN DANS LE RECTUM.

1065. *Signes diagnostiques.* L'anus donne issue à une tumeur cylindrique plus ou moins allongée, couverte d'une membrane lisse, qui a l'aspect de la muqueuse du gros intestin : cette tumeur est percée à son extrémité d'une ouverture arrondie dont les

bords sont froncés et par laquelle suintent des mucosités et des matières fécales liquides ; on peut faire glisser un stylet ou une sonde tout autour de cette tumeur entre elle et les bords de l'anus. (Assez ordinairement, il existe en même temps des symptômes d'étranglement ou d'inflammation d'intestin.)

1066. *Indications, moyens.* Réduire lentement et progressivement la portion d'intestin sortie ; combattre l'étranglement et les phénomènes inflammatoires qui l'accompagnent, à l'aide d'un traitement antiphlogistique très-actif : si la gangrène s'est emparée de ces parties, attendre la chute des escarres.

IMPERFORATION DE L'ANUS OU DU RECTUM.

1067. *Signes diagnostiques.* Chez un enfant nouveau-né, l'évacuation du méconium n'a pas lieu. Si cet état existe depuis quelques jours, le ventre est tuméfié, dur, très-sensible au toucher ; l'enfant témoigne par des cris plaintifs une vive douleur : sa face est gonflée, rouge ; il survient des vomissemens, des mouvemens convulsifs, etc. Si l'on examine l'état du rectum, on trouve une des dispositions suivantes : 1°. l'anus est bouché par une membrane qui forme en cet endroit une tumeur violette ou livide, molle et fluctuante ; 2°. l'anus est tellement étroit qu'il peut à peine donner passage à un stylet très-mince ; 3°. l'anus est ouvert ; mais plus ou moins haut dans le rectum, on découvre, en y introduisant un stylet ou

le doigt, une cloison membraneuse qui en interrompt la continuité; 4°. il n'y a pas d'anus, et rien ne peut indiquer le lieu qu'occupe l'extrémité inférieure du rectum; 5°. l'anus n'existe pas, mais les matières fécales sortent soit par l'urètre, soit par le vagin; 6°. l'anus est ouvert, mais se termine bientôt par un cul-de-sac, et le rectum manque.

1068. *Indications, moyens.* Aussitôt que le vice de conformation est reconnu, il faut y remédier et rétablir le cours naturel des matières en incisant crucialement la cloison qui ferme le rectum; puis prévenir l'occlusion nouvelle de ce canal en tenant ses parois écartées par une mèche, jusqu'à la cicatrisation parfaite de la plaie. S'il y a passage des matières du rectum dans la vessie ou dans le vagin, fermer l'ouverture de communication par un pansement convenable, après avoir rétabli la voie naturelle, ou seulement l'avoir élargie si elle existe. S'il n'y a point de trace d'anus, ou qu'on ne puisse, après avoir incisé les tégumens, parvenir jusqu'à l'intestin, qui est trop court ou qui manque, établir un anus contre nature dans la région iliaque gauche, en amenant au-dehors et en incisant une portion de l'S iliaque du colon.

HÉMORRHOÏDES.

1069. *Signes diagnostiques.* Le malade éprouve, par accès plus ou moins éloignés, ordinairement pe-

riodiques, un sentiment de pesanteur, de tension, ou des élancemens, de vives piqûres, des espèces de commotions électriques à la partie inférieure du rectum. Au bout d'un certain temps, ces phénomènes s'apaisent et disparaissent, ou sont suivis de l'écoulement par l'anus, soit de mucosités blanchâtres, soit d'un sang vermeil qui s'échappe spontanément par jets ou en nappe, ou s'écoule pendant les selles, et recouvre les matières fécales sans y être mêlé.

Si l'on examine les parties, on trouve à la marge de l'anus, en dehors du sphincter ou à l'entrée du rectum, une ou plusieurs tumeurs oblongues, pendantes, tantôt peu sensibles et d'un rouge pâle, tantôt douloureuses et d'une couleur rouge livide; ne versant aucun liquide ou étant le siége d'un écoulement sanguin plus ou moins abondant.

Si les accès sont intenses, au lieu d'être bornés aux phénomènes indiqués plus haut, ils présentent en outre de légers frissons dans les lombes, un engourdissement des membres inférieurs, la dureté du pouls, la pâleur, la lividité de la face. Le malade éprouve de fréquentes envies d'uriner et d'aller à la garderobe, un sentiment de pression ou des douleurs vives aux environs de l'anus, et enfin un écoulement sanguin ou muqueux, qui assez ordinairement apporte du calme.

1070. *Caractères anatomiques.* Les tumeurs hémorrhoïdales sont tantôt de petits kystes placés sous la membrane muqueuse du rectum, auxquels vont

aboutir plusieurs ramifications veineuses et dont la cavité est tapissée par une membrane lisse ou villeuse ; tantôt ce sont de petits tubercules formés par un tissu rougeâtre, celluleux, mollasse, ressemblant au *tissu érectile* et recevant du sang des vaisseaux artériels voisins.

1071. *Indications, moyens.* Si ces tumeurs causent peu d'incommodités et que la santé soit bonne d'ailleurs, les abandonner à elles-mêmes. S'il existe un flux sanguin habituel, assez abondant pour altérer la santé, le modérer à l'aide du repos, de la position horizontale et d'un traitement antiphlogistique ; si cet écoulement persiste malgré ces moyens et met les jours du malade en danger, on doit le suspendre à l'aide du tamponnement, de topiques froids sur les lombes et le périnée, ou bien en cautérisant avec le fer rouge, si le lieu par lequel le sang s'échappe peut être aperçu.

Si les tumeurs sont externes et indolentes, les faire disparaître à l'aide d'une pression constante et longtemps continuée ; si elles sont douloureuses, gonflées, calmer la douleur, diminuer la tuméfaction par des applications émollientes, par des évacuations sanguines locales au moyen de scarifications ou des sangsues.

Si des hémorrhoïdes développées dans le rectum sortent en partie par l'anus, y sont comme étranglées, les réduire et les maintenir réduites en plaçant sur l'ouverture une masse de charpie soutenue par un

bandage en T. Enfin, si ces tumeurs sont anciennes, volumineuses, irréductibles, et gênent les fonctions du rectum, les exciser avec les ciseaux ou le bistouri.

1072. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Polypes du rectum, 1087 ; — Excroissances vénériennes. — Tumeur variqueuse du rectum, 1080 ; — Tumeurs squirrheuses du rectum, 1073.

TUMEURS SQUIRRHEUSES DU RECTUM.

1073. *Signes diagnostiques.* Après avoir senti pendant un certain temps une pesanteur habituelle au siége, des cuissons, des tiraillemens douloureux dans le rectum, des envies fréquentes de rendre les urines et les excrémens, le malade éprouve quelque gêne en allant à la garderobe, des ténesmes, puis une constipation habituelle et tous les phénomènes qui accompagnent ce dernier état. Les matières fécales solides, expulsées non sans de violens efforts, sont d'un petit diamètre et semblent passées à la filière ; souvent elles sont couvertes de pus.

Le doigt ne pénètre qu'avec peine dans le rectum, s'y trouve pressé, et découvre à la surface de l'intestin des inégalités, des tumeurs plus ou moins larges et saillantes, lisses, douloureuses, et ayant une dureté comme cartilagineuse ; ou bien l'anus est occupé par des tubercules rougeâtres, douloureux et d'une dureté remarquable, qui se prolongent dans la cavité du rectum et qui deviennent plus apparens pendant les efforts pour aller à la selle.

1074. *Indications, moyens.* Rechercher la cause interne qui a pu produire cette affection et la combattre; rendre à la cavité du rectum son diamètre naturel et faire disparaître les callosités qui s'y trouvent. On remplit ces indications en introduisant chaque jour par l'anus des mèches dont on augmente graduellement la grosseur.

1074 *bis. Maladies qu'on pourrait confondre :* Hémorrhoïdes, 1069; — Tumeurs variqueuses, 1080; — Polype du rectum, 1087.

ABCÈS A LA MARGE DE L'ANUS.

1075. *Signes diagnostiques.* Aux environs de l'anus s'est formée une tumeur qui présente les caractères de l'abcès phlegmoneux ou de l'abcès par congestion (Voy. 1, 12), et qui s'accompagne, si elle offre une certaine étendue, de symptômes d'irritation des organes voisins, comme de dysurie, de strangurie, de ténesme, de diarrhée ou de constipation opiniâtre; ou bien c'est un petit tubercule, qui, d'abord dur, sans douleur, sans changement d'état de la peau, s'est enflammé, s'est ouvert, et fournit un pus blanc, inodore, bien lié. (*Tubercule suppuré.*)

1076. Le malade éprouve depuis long-temps, toutes les fois qu'il va à la selle, une certaine gêne, un sentiment de piqûre ou d'érosion à la partie inférieure du rectum; ses excrémens, rendus avec douleur, sont recouverts de pus, et dans l'intervalle des garderobes

le linge est taché par le même liquide : il n'existe d'ailleurs ni fissure, ni hémorrhoïdes, ni autre altération apparente. Cependant il s'est développé aux environs de l'anus un engorgement pâteux, indolent, présentant un point plus saillant, sans mollesse ni fluctuation d'abord, mais accompagné de douleurs pulsatives et de la teinte livide de la peau qui le recouvre. Si l'on comprime ce point saillant, on produit de la douleur et l'écoulement par l'anus d'un liquide purulent plus ou moins abondant. Si la tumeur est un peu éloignée du rectum, on peut sentir au travers des tégumens une espèce de corde dure et calleuse, qui s'étend de l'intestin au lieu de l'engorgement : c'est le trajet fisuleux.

Cet état ayant persisté pendant un certain temps, des symptômes inflammatoires locaux s'étant manifestés, si l'ouverture de la tumeur est faite soit spontanément, soit par l'art, il s'écoule un liquide purulent, brunâtre, fétide, au milieu duquel on reconnaît la présence de matières stercorales délayées, et les phénomènes de la fistule stercorale se manifestent (1083). (*Abcès stercoral.*)

1077. *Caractères anatomiques.* On trouve dans le tissu cellulaire sous-cutané voisin de l'anus un foyer purulent plus ou moins étendu et irrégulier, à parois épaisses, calleuses, qui communique avec la cavité du rectum au moyen d'un trajet fistuleux et d'une crevasse aux membranes de l'intestin.

1078. *Indications, moyens.* Calmer les phénomènes

inflammatoires locaux, combattre les complications, ouvrir la tumeur de bonne heure, dans toute son étendue et à sa partie déclive, afin d'empêcher le séjour du pus, l'agrandissement du foyer et la dénudation de l'intestin. Après l'ouverture, s'assurer de l'état du rectum et de l'étendue de l'abcès. Si celui-ci a une largeur médiocre et ne s'étend pas jusqu'à l'intestin, son traitement ne diffère pas de celui des autres abcès; si, au contraire, le foyer est vaste, et qu'en même temps le rectum soit dénudé, aminci ou perforé, les indications sont celles que présente la fistule stercorale (1085).

1079. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Abcès phlegmoneux, 1; — Froid, 8; — par congestion, 12; — Abcès urineux, 1102; — Fissure à l'anus, 1059; — Hémorrhoïdes internes, 1069.

TUMEURS VARIQUEUSES DU RECTUM.

1080. *Signes diagnostiques.* Chez un individu qui éprouve habituellement une pesanteur vers le siége, des douleurs en allant à la selle et un écoulement de sang noir et épais, provoqué par la sortie de matières fécales durcies, ou survenant même spontanément, on trouve à l'entrée du rectum des granulations isolées ou groupées, arrondies, d'une teinte violette ou noirâtre, à surface sèche ou saignante.

1081. *Caractères anatomiques.* Ces tumeurs, placées ordinairement au-dessus du sphincter, sont rondes,

bosselées, offrent une couleur rouge très-foncée, se sont développées au-dessous de la membrane muqueuse et sont remplies de sang veineux caillé ; elles résultent de la dilatation des petites ramifications veineuses, et non de la formation d'un tissu nouveau : elles communiquent entre elles au moyen de rameaux veineux, qui ont conservé leur diamètre naturel, et se trouvent ainsi réunies au tronc principal, à la manière des grains de raisin.

1082. *Indications*, *moyens*. (Voy. 1071.)

FISTULE STERCORALE.

1083. *Signes diagnostiques*. Une ouverture fistuleuse de la peau donne habituellement passage à un pus ichoreux, fétide, à des matières fécales, à des gaz stercoraux.

Dans la *fistule à l'anus*, outre les phénomènes précédens, le malade a éprouvé, depuis un certain temps, un sentiment de chaleur brûlante ou un picotement incommode à l'entrée du rectum, toutes les fois qu'il allait à la garderobe ou qu'il se livrait soit à quelque exercice violent, soit à des excès dans le régime. Aux environs de l'anus on remarque une ou plusieurs ouvertures fournissant ordinairement des humidités stercorales un peu fétides. (On distingue ce liquide de celui que fournit une fistule urinaire, en ce qu'il n'a point l'odeur ammoniacale de l'urine et que les taches qu'il forme sur le linge sont brunâtres à leur circon

férence.) Si l'on introduit à travers la fistule un stylet boutonné mince et souple, il s'enfonce à une assez grande profondeur et du côté de l'intestin, dans la cavité duquel il pénètre, soit aisément et de prime-abord, si le trajet fistuleux est large, soit seulement après qu'on a dilaté ce trajet au moyen de quelques injections faites par l'ouverture extérieure. Le doigt indicateur introduit dans le rectum rencontre bientôt l'extremité de l'instrument explorateur, ou, sans le secours de celui-ci, découvre, immédiatement au-dessus du sphincter (dans la majorité des cas), une dépression irrégulière ou un bourrelet circulaire environné de callosités qui indiquent l'existence d'une perforation de l'intestin. (*Fistule stercorale complète.*)

1084. Chez un individu qui présente tous les phénomènes de l'abcès stercoral (1076), l'exploration du rectum à l'aide du doigt y fait reconnaître, en un point qui correspond à la tuméfaction extérieure, une dépression entourée de saillies dures, irrégulières, une ouverture par laquelle on peut faire sortir du pus (lorsque le malade n'a pas été à la selle depuis un certain temps) en pressant sur la tumeur qu'on remarque aux environs de l'anus. (*Fistule incomplète ou borgne interne.*)

1085. *Indications, moyens.* Changer le trajet fistuleux en une plaie récente, et favoriser ainsi sa cicatrisation. Pour cela, couper avec le bistouri ou au moyen d'un fil métallique toutes les parties qui se trouvent comprises entre ce trajet fistuleux et le

sphincter; cette indication remplie, mettre obstacle au passage des matières stercorales à travers la nouvelle solution de continuité, en introduisant entre les bords de cette dernière, par le rectum, une mèche de charpie, qu'on renouvelle toutes les fois que le malade va à la garderobe. Les indications sont les mêmes s'il y a plusieurs ouvertures fistuleuses à la peau; il s'agit de les réunir toutes en une seule, en faisant autant d'incisions qu'il existe d'ouvertures. S'il se présente des portions de peau très-amincies ou désorganisées, les exciser. On doit abandonner la maladie à elle-même lorsqu'elle accompagne la phthisie pulmonaire, et surtout quand elle en a arrêté les progrès, ou bien lorsque la crevasse de l'intestin est située à une si grande hauteur que les instrumens ne peuvent y parvenir : il suffit alors d'entretenir l'ouverture extérieure et de recommander les soins de propreté nécessaires.

1086. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Fistule cutanée, 112; — Fistule urinaire, 1108. — On peut confondre la fistule incomplète, dans le commencement, avec la fissure à l'anus, 1059; — les Hémorrhoïdes internes, 1069; — plus tard, avec l'Abcès phlegmoneux, 1; — l'Abcès par congestion, 12.

POLYPE DU RECTUM.

1087. *Signes diagnostiques.* Les phénomènes ordinaires résultant de la présence de tumeurs dans le

rectum (1073), se manifestent à un degré plus ou moins remarquable. A l'extérieur de l'anus ou à l'entrée du rectum, se montre une tumeur globuleuse, pédiculée, d'une couleur rose pâle, à surface lisse et sèche, n'offrant ni rénitence ni sensibilité, ayant enfin les caractères des polypes (350).

1088. *Indications*, *moyens.* Enlever la tumeur, en embrassant par une ligature ou en incisant la portion de membrane muqueuse à laquelle adhère son pédicule : si le polype est inséré à une assez grande hauteur, le lier en employant le procédé conseillé par Desault pour la ligature des polypes utérins.

1089. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Hémorrhoïdes, 1069; — Renversement du rectum, 1062; — Tumeurs variqueuses, 1080; — Tumeurs squirrheuses, 1073.

RÉGION PÉRINÉALE (*).

Tumeur ou tuméfaction.	Entérocèle périnéale.	1101
	Cystocèle périnéale..	1094
	Tumeur calculeuse.	1090
	Abcès par congestion.	12
	Abcès urineux.	1102
	Pustules vénériennes.	1099
	Poireaux.	1095
	Condylôme.	1096
	Ficus, crête, choux-fleurs, etc..	1096
	Voy. *Tumeur*, au tableau des *Maladies communes*, pag. 4.	
Ecoulement insolite.	Fistule urinaire.	1108
	— stercorale.	1083
	Abcès par congestion.	12
	Fistule calculeuse.	1090
	Voy. *Ecoulement*, au tableau des *Maladies communes*, pag. 5.	
Douleur. Solution de continuité.	*Voy*. ces mots au tableau des *Maladies communes*.	

TUMEUR CALCULEUSE DU PÉRINÉE.

1090. *Signes diagnostiques.* A la suite de l'opération de la taille, ou de coups, de chute sur le siége, ayant entraîné quelques symptômes inflammatoires lo-

---

(*) Ses limites sont celles qu'on assigne habituellement au périnée.

caux et un dérangement dans l'exerétion des urines, une tumeur s'est développée lentement au périnée; elle est très-résistante, immobile, peu ou point douloureuse, non rénitente; l'on éprouve en la palpant la sensation que produirait un corps étranger solide qui y serait renfermé, ou bien, en la pressant en différens sens, on y produit quelquefois un bruit particulier, comme résultant du frottement mutuel de petits corps très-durs. S'il existe à sa surface quelque ouverture fistuleuse et que l'on sonde celle-ci, l'instrument ne tarde pas à y constater la présence d'un calcul.

Outre les symptômes précédens, on observe quelquefois les signes de la hernie de vessie.

1091. *Caractères anatomiques.* Au-dessous des tégumens soulevés, distendus et plus ou moins altérés, on rencontre une cavité creusée au milieu du tissu cellulaire sous-cutané, dont les lames, refoulées du centre à la circonférence, et pressées les unes contre les autres, forment sa paroi propre et profonde. Tantôt cette poche est unique et ne contient qu'un seul calcul urinaire, tantôt elle est divisée en plusieurs loges, communiquant toutes entre elles et renfermant chacune une concrétion calculeuse. Dans un point de cette cavité, se trouve l'orifice d'un trajet fistuleux qui se dirige vers la vessie ou le canal de l'urètre, et va se terminer à une crevasse des parois de l'un ou l'autre de ces organes.

Au lieu de présenter cette disposition, la tumeur est formée quelquefois par une portion de la vessie

qui fait hernie entre les fibres du muscle releveur de l'anus, et qui contient un calcul urinaire.

1092. *Indications, moyens.* Faire l'extraction des calculs que renferme la tumeur en incisant celle-ci, ou même en excisant une partie de ses parois, si elles sont altérées. S'opposer ensuite au passage de l'urine à travers le trajet fistuleux, et prévenir ainsi le retour de la maladie, en facilitant le cours de ce liquide par la voie naturelle, à l'aide d'une sonde à demeure dans le canal de l'urètre jusqu'à la cicatrisation complète de la plaie.

1093. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Abcès froid, 8; — par congestion, 12; — stercoral, 1076; — urineux, 1102.

CYSTOCÈLE PÉRINÉALE.

1094. *Signes diagnostiques.* Le périnée est le siége d'une tumeur indolente, large, peu saillante, molle, disparaissant facilement par la pression, s'affaissant, ou se réduisant même spontanément, lorsque le malade vient d'uriner, augmentant au contraire de volume et de consistance, si les urines sont retenues pendant un certain temps.

1094 *bis. Indications, moyens.* Les mêmes que dans les autres hernies.

EXCROISSANCES VÉNÉRIENNES.

1095. *Signes diagnostiques.* La peau paraît soule-

vée par un petit corps dur, arrondi, peu saillant, à base large, ayant la couleur des tégumens, s'il est récent, ou bien ayant une teinte terne et jaunâtre s'il est ancien, et présentant les caractères anatomiques suivans : petit tubercule offrant quelque ressemblance avec un ganglion lymphatique, développé entre l'épiderme et le derme, formé par le tissu cellulaire condensé, et contenant des vaisseaux sanguins assez apparens. (*Poireau.*)

1096. L'excroissance est volumineuse, dure, pédiculée, à tête arrondie et lisse. (*Condylôme.*)

Elle présente une espèce d'épanouissement ulcéré et porté sur un pédicule assez court. (*Ficus.*)

Sa base est large, aplatie, son sommet est dentelé et tranchant (*crête*), ou bien elle est portée sur une base étroite, et sa surface est anfractueuse, branchue (*Choux-fleurs.*) Enfin, elle est arrondie, couverte de petites saillies tuberculeuses, et présente une teinte noirâtre ou rougeâtre. (*Framboise, mûre.*)

L'apparition de ces diverses excroissances a été précédée, ou bien est accompagnée d'autres symptômes de syphilis, ou, si cela n'est pas, il y a eu au moins commerce suspect; l'emploi des topiques émolliens, onctueux, ou de lotions fréquentes, n'ont aucune action sur elles tandis qu'un traitement anti-vénérien les fait disparaître.

1097. *Indications, moyens.* S'assurer d'abord de la cause; si elle est véritablement vénérienne, mettre en usage le traitement réclamé dans ce cas, et les

enlever au moyen de l'instrument tranchant ou de la ligature, selon leur forme, leur volume, etc., puis cautériser le point qu'elles occupaient.

1098. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Excroissances non vénériennes. (Cette distinction essentielle est très-difficile à établir lorsqu'il n'existe point d'autres symptômes bien évidens de syphilis, car la grossesse, des frottemens réitérés, le défaut de soin, de propreté, peuvent donner lieu à des excroissances tout-à-fait semblables à celles que produit l'infection vénérienne. Mais lorsqu'il y a doute, et si malgré la cessation des causes que nous venons d'énumérer et l'emploi de substances émollientes, les végétations persistent, ou, si elles sont nombreuses et renaissent après avoir été extirpées, on doit recourir au traitement anti-vénérien.)

PUSTULE VÉNÉRIENNE.

1099. *Signes diagnostiques.* Chez un individu qui a offert précédemment les symptômes primitifs d'infection vénérienne ou qui a cohabité avec une personne atteinte de syphilis, la peau du périnée (ou de toute autre partie) présente de légères saillies plus ou moins étendues et nombreuses, ayant les caractères indiqués ci-après : forme, couleur et volume d'une lentille (*pustule lenticulaire*); forme tuberculeuse. surface lisse, humide, d'une couleur rosée ou violette selon le degré d'ancienneté (*pustule ucrisée*); faible saillie, surface couverte d'écailles formées par l'épi-

derme epaissi, fendillé, et d'une teinte blanche, terne ou jaunâtre, ayant commencé d'abord par un petit tubercule autour duquel l'épiderme s'est écaillé. (*pustule squameuse*) ; surface exalant une humeur jaunâtre qui forme, en se desséchant, des croûtes épaisses, dures, inégales, brunâtres, de forme très-irrégulière, en cercle, en ligne, etc. (*Pustule croûteuse.*)

1100. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Dartre. (*Voy.* le *Manuel de Clinique médicale.*)

ENTÉROCÈLE PÉRINÉALE.

1101. *Signes diagnostiques.* Une tumeur peu saillante s'est formée au périnée, à droite ou à gauche du raphé. Elle est rénitente, réductible, acquiert plus de dureté et de volume pendant les fortes expirations ; enfin, présente les caractères de l'entérocèle.

ABCÈS URINEUX.

1102. *Signes diagnostiques.* Chez un individu qui présente les signes du rétrécissement de l'urètre (voy. 954), une tumeur, offrant les caractères suivans, s'est formée au périnée (ou bien au pénis, au scrotum, à l'aine, au pubis.)

1103. La tumeur, petite, tuberculeuse, dure, peu douloureuse, sans changement de couleur à la peau, est le siége d'un sentiment de chaleur ou d'une légère douleur toutes les fois que le malade rend ses urines. (*Abcès urineux-tuberculeux.*)

1104. Après être restée dans l'état précédent (1103), pendant un certain temps, la tumeur s'est accrue, s'est ramollie au centre, où l'on découvre une fluctuation, d'abord profonde, obscure, puis de plus en plus manifeste; et tous les symptômes de l'abcès phlegmoneux s'y sont développés. Si l'ouverture de cette tumeur a lieu, soit spontanément, soit par une incision, il s'écoule au dehors un liquide purulent, d'une odeur infecte, dans lequel on reconnaît la présence de l'urine, et alors les signes de la fistule urinaire ont lieu. (Voy. 1108.) (*Abcès urineux-phlegmoneux.*)

1105. Une tuméfaction diffuse, très-douloureuse, ayant son centre au périnée, s'étend plus ou moins loin aux parties voisines, aux bourses, à la verge, quelquefois aux aines, aux cuisses, aux lombes. La peau des parties tuméfiées est distendue, luisante, demi-transparente, pâle, froide, ou bien d'un rouge livide; les urines ne coulent plus par le canal de l'urètre; le malade n'éprouve plus le besoin de les rendre; sa langue se sèche, une soif vive le tourmente, son *facies* s'altère, son pouls devient petit, dépressible; des taches noires paraissent sur la tumeur, et tous les signes de la gangrène se montrent. (*Abcès urineux-gangréneux.*)

1106. *Indications, moyens.* Ouvrir la tumeur dès que la fluctuation commence à paraître, afin de donner issue au liquide urinaire et purulent qu'elle renferme. Empêcher ensuite l'infiltration de l'urine dans le tissu cellulaire en facilitant le cours de ce liquide

par l'urètre et en provoquant l'occlusion de la crevasse. Pour cela, rendre au canal sa largeur primitive en dilatant ou cautérisant le point rétréci, et en forçant le liquide à s'écouler par la voie naturelle, dès que cela est possible, au moyen de sondes maintenues à demeure jusqu'à la cicatrisation complète de l'ouverture extérieure. L'abcès tuberculeux et l'abcès phlegmoneux présentent les mêmes indications que les abcès phlegmoneux des autres régions. Dans le cas d'abcès urineux-gangréneux, donner issue au liquide infiltré en pratiquant des incisions profondes dans toutes les parties tuméfiées. Lorsque les escarres sont formées, on favorise leur chute par des applications émollientes.

1107. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Abcès froid, 8 ; — Abcès par congestion, 12 ; — Abcès stercoral, 1076.

FISTULE URINAIRE.

1108. *Signes diagnostiques*. Une ouverture fistuleuse s'est formée dans un point du périnée qui a été le siége d'abcès urineux (1102) ou de solution de continuité intéressant également la vessie et les parties externes, comme dans l'opération de la taille, dans la paracentèse de la vessie à travers le périnée, etc. De cette fistule s'écoule habituellement un liquide séro-purulent, tachant le linge en jaune, et répandant une odeur forte, ammoniacale. La peau et le tissu cellulaire environnant sont épaissis, calleux, dans une plus

ou moins grande étendue; ou bien on sent sous les tégumens une espèce de corde dure, qui de l'orifice extérieure se dirige vers la vessie ou le canal de l'urètre.

Si l'urine coule continuellement et en assez grande quantité, si surtout la fistule a succédé à une blessure du bas fond de la vessie ou d'un abcès gangréneux voisin de cette partie, la fistule est *vésicale*.

Si, par suite de rétrécissement de l'urètre ayant donné lieu à la formation d'un abcès urineux, une ouverture fistuleuse s'est formée à une distance plus ou moins grande de ce canal, si le liquide qu'elle fournit n'en sort que quand le malade rend ses urines, et si cet écoulement, ordinairement peu abondant, est accompagné d'un sentiment de chaleur, d'une légère douleur; si, surtout, on peut suivre sous la peau le trajet fistuleux, s'étendant de l'orifice extérieur au canal, la fistule est *urétrale*.

1109. *Indications*, *moyens*. Empêcher l'écoulement de l'urine par le trajet fistuleux, favoriser ou rétablir le cours de ce liquide à travers le canal de l'urètre.

S'il y a rétrécissement, combattre celui-ci par le procédé de la dilatation graduée ou de la cautérisation, suivant les cas. (Ce moyen seul suffit quand la fistule est urétrale, et que la crevasse est peu étendue.) Si la fistule résulte d'une perte de substance des parois de la vessie ou du canal, et que ce dernier soit libre, y fixer à demeure une sonde constamment ouverte qui offre aux urines une voie assez facile pour pouvoir les détourner du trajet fistuleux. Malgré que l'urine coule

librement par l'urètre, si le suintement continue à travers la fistule et que les callosités ne disparaissent pas, hâter la fonte de ces dernières par des applications émollientes, et provoquer la cicatrisation des parois du trajet fistuleux en y déterminant une inflammation adhésive au moyen d'injections irritantes, ou bien en incisant ce trajet dans toute son étendue pour le transformer en une plaie récente susceptible de cicatrisation.

RÉGIONS INGUINALES (*).

Douleur.	Psoïtis.	855
	Testicule arrêté dans l'anneau. .	1124
	Bubon.	1127
	Engorgement des ganglions lymphatiques..	1141
	Voy. le premier tableau des *Maladies du bas-ventre*, pag. 275.	
	Voy. le tableau des *Maladies communes*, pag. 4.	

(*) Chacune d'elles est bornée *en haut*, par une ligne qui s'étendrait du sommet de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'épine du pubis du côté opposé; *en dehors*, par le bord interne du couturier; *en dedans et en bas*, par une ligne oblique qui, partant de l'épine du pubis, irait se terminer au bord déjà cité du couturier, à quatre pouces au dessous du pli de la cuisse.

Tumeur ou tuméfaction.	Entérocèle inguinale externe..	1111
	— interne.	1119
	— congéniale.	1113
	Hernie de l'utérus.	1126
	Epiplocèle inguinale.	1123
	Cystocèle inguinale..	1125
	Testicule arrêté dans l'anneau.	1124
	Engorgement des ganglions lymphatiques.	1141
	Bubons.	1127
	Abcès par congestion.	1130
	Abcès urineux (Voy. *Région périnéale.*).	1102
	Varice inguinale.	1132
	Entérocèle crurale.	1133
	Cystocèle crurale.	1137
	Hernie obturatrice.	1138
	Anévrisme de l'artère fémorale. (Voy. *Anévrisme*, 20.)	
	Voy. le premier tableau des *Maladies du bas-ventre*, pag. 275.	
	Voy. le tableau des *Maladies communes*, pag. 4.	
Solution de continuité. Ecoulement insolite.	*Voy.* le premier tableau des *Maladies du bas-ventre*, pag. 275.	
	Voy. le tableau des *Maladies communes*, pag. 5.	

ANUS CONTRE NATURE.

1110. *Signes diagnostiques.* Dans une des régions inguinales (ordinairement à la suite de hernie étranglée) s'est établie une ouverture fistuleuse ayant les caractères indiqués précédemment. (Voy. *Anus contre nature*, 808.)

ENTÉROCÈLE INGUINALE.

1111. *Signes diagnostiques.* Dans l'aine, à un demi-pouce au-dessus du pli de la cuisse, existe une petite tumeur oblongue, dirigée parallèlement à l'arcade crurale. Cette tumeur, ou plutôt cette élévation, assez bien circonscrite, augmente de volume et de rénitence par le moindre effort, par la toux ou l'éternument; si on la comprime, elle disparaît par degré en remontant obliquement en dehors. (*Entérocèle inguinale commençante*, ou *bubonocèle.*)

1112. Dans la région inguinale est une tumeur qui, de l'anneau du grand oblique, qu'elle remplit et d'où elle prend naissance, descend plus ou moins bas dans le scrotum ou la grande lèvre, placée au-devant du cordon des vaisseaux spermatiques ou du ligament rond, dont elle suit la direction oblique de haut en bas et de dehors en dedans. Cette tumeur permet de sentir, à travers les tégumens, le testicule qui se trouve à la partie inférieure et postérieure des bourses; elle offre, en outre, les caractères de l'entérocèle (785). (*Entérocèle inguinale complète.*)

1113. Une tumeur ayant les dispositions ci-dessus indiquées (1111, 1112) existe depuis la naissance, ou bien a suivi immédiatement la descente tardive du testicule; cet organe ne peut être senti par les doigts à travers les parties molles qui forment la tumeur. Si dans un cas d'étranglement il devenait né-

cessaire d'ouvrir le sac, on trouverait celui-ci formé par la tunique vaginale renfermant le testicule en contact immédiat avec la portion d'intestin herniée. (*Entérocèle inguinale congéniale.*)

1114. *Caractères anatomiques.* Dans le *bubonocèle*, l'anse intestinale déplacée est située dans le canal inguinal, s'étend jusqu'à l'anneau, qu'elle ne dépasse pas. La portion du péritoine qui se trouve poussée par l'organe hernié, et qui occupe par conséquent le canal, forme une espèce de cylindre dont l'entrée (du côté de la cavité abdominale) correspond au milieu de l'espace compris entre l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles et l'angle du pubis.

1115. Si la hernie est *complète*, c'est-à-dire assez volumineuse pour s'étendre jusque dans le scrotum, le canal inguinal auquel correspond le col du sac herniaire a perdu de sa longueur et de son obliquité. Si la hernie est très-ancienne et très-volumineuse, il n'y a plus du canal que ses deux orifices, qui, ramenés vis-à-vis l'un de l'autre, n'en forment plus qu'un très-large, ouvert directement d'avant en arrière dans l'abdomen.

Les parties qui recouvrent la tumeur sont, de dehors en dedans : la peau du scrotum, le dartos, l'expansion cellulo-fibreuse fournie par le *facia-superficialis* contigu aux bords de l'anneau ; les fibres musculaires du crémaster, le *fascia-propria* ou tissu cellulaire sous-péritonéal ; enfin, le péritoine lui-même, qui forme le sac herniaire proprement dit. Le col

de ce sac, ou la portion embrassée par l'anneau, pénètre dans le canal inguinal, se porte en haut et en dehors, et se trouve placé sous le bord inférieur des muscles oblique interne et transverse, dont il croise la direction ; parvenu là, il franchit l'ouverture interne du canal, ayant à son côté interne l'artère épigastrique, et à sa partie postérieure le cordon des vaisseaux spermatiques, et va se confondre avec la portion du péritoine qui tapisse la paroi antérieure de l'abdomen.

Le col du sac est en contact immédiat, d'une part, avec le cordon des vaisseaux spermatiques placé à sa partie postérieure et interne, de l'autre, avec le crémaster qui couvre son côté antérieur. Quant à la portion scrotale du sac herniaire, ou son *corps*, ses rapports avec les vaisseaux spermatiques sont les mêmes. Ainsi, on trouve ordinairement le cordon derrière le sac auquel il est adhérent au moyen d'un tissu cellulaire assez lâche. Si la hernie est peu volumineuse, les parties constituantes du cordon n'ont subi aucune modification dans leur situation respective : si, au contraire, la tumeur présente un volume considérable, si surtout elle est très-ancienne, alors les veines, l'artère spermatique et le canal déférent, au-lieu d'être réunis en un seul faisceau, sont plus ou moins éloignés les uns des autres, principalement vers la partie inférieure : tantôt on les trouve encore à la partie postérieure du sac, tantôt ils occupent ses par-

ties latérales, le conduit déférent au côté externe, l'artère et les veines au côté interne, ou l'artère spermatique et le canal déférent d'un côté, les veines de l'autre; tantôt, enfin, ils sont épars à la face antérieure de la tumeur.

L'artère épigastrique est toujours derrière le col du sac dans le bubonocèle, et à la partie interne dans la hernie complète; *ses rapports avec l'anneau* sont les suivans :

Si la hernie est incomplète, c'est-à-dire, n'a pas encore franchi l'anneau, et si par conséquent le canal inguinal a encore sa longueur ordinaire, l'artère épigastrique se trouve située en dehors du pilier externe; si, au contraire, la hernie est complète et volumineuse, l'artère, poussée de dehors en dedans par la hernie qui a rapproché l'un de l'autre les deux orifices du canal, est placée à la partie interne de l'anneau inguinal, mais toujours derrière le sac et à son côté interne.

Les organes renfermés dans le sac herniaire sont ordinairement l'intestin grêle, ou l'épiploon, ou l'arc du colon; mais on peut aussi y rencontrer, à droite, le cœcum et son appendice, le commencement du colon, et même la portion iliaque de cet intestin; à gauche, l'S iliaque ou la portion descendante du colon. Si c'est le cœcum qu'on rencontre, on ne le trouve qu'en partie contenu dans le sac, la portion de sa face externe, autrefois adhérente

dans l'abdomen, est en contact immédiat avec le tissu cellulaire du scrotum auquel il est fixé en arrière.

1116. *Dans la hernie congéniale*, les parties déplacées et leurs enveloppes présentent les dispositions suivantes : l'intestin est sorti à travers l'ouverture naturelle qui résulte de la descente du testicule dans la tunique vaginale; il est contenu dans cette cavité, qui ne s'est point fermée comme à l'ordinaire à sa partie supérieure, et qui communique encore avec l'intérieur de l'abdomen : il se trouve immédiatement en contact avec le testicule lui-même. La hernie est dépourvue de sac péritonéal, mais la tunique vaginale en tient lieu, et l'on reconnaît au col de ce nouveau sac les mêmes rapports avec les parties qui l'environnent que ceux qui existent dans la hernie inguinale acquise (1115). Si la hernie congéniale est examinée à une époque rapprochée de sa formation, on n'y rencontre que l'intestin; dans le cas contraire, on y trouve l'épiploon, soit seul, soit accompagné d'une anse intestinale : du reste, les enveloppes de cette tumeur sont les mêmes que dans la hernie inguinale acquise, excepté qu'au lieu d'enveloppe péritonéale, on trouve au-dessous de la couche musculeuse formée par le crémaster, la tunique vaginale, qui ne diffère en rien des autres parties du péritoine, et que ces deux tuniques sont unies entre elles par un tissu cellulaire plus serré que

celui qui recouvre le sac d'une hernie ordinaire, dans les mêmes conditions d'ancienneté et de volume.

1117. *Indications, moyens.* Les mêmes que dans les autres hernies intestinales (Voy. 783), si ce n'est que le taxis doit diriger la tumeur de bas en haut et de dedans en dehors si la hernie est peu volumineuse, ou directement d'avant en arrière si elle est ancienne et très-grosse.

1118. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Hydrocèle par épanchement, 938; — Bubon, 1127; — Abcès froid, 8; — Abcès par congestion, 12; — Cystocèle, 1137; — Testicule arrêté dans l'anneau, 1124.

ENTÉROCÈLE INGUINALE INTERNE.

1119. *Signes diagnostiques.* Une tumeur ayant les caractères de l'entérocèle a paru dans l'aine, au point correspondant exactement à l'anneau inguinal. Cette hernie est commençante, peu volumineuse (seul cas où on peut la distinguer de la hernie inguinale *externe*); elle est de forme globuleuse et paraît soulever le pilier interne de l'anneau : à son côté externe on peut sentir le cordon des vaisseaux spermatiques, qu'elle pousse en devant et en dehors. Pour la réduire, il suffit de la presser d'avant en arrière; elle rentre sans faire entendre de gargouillement; et lorsqu'elle est réduite, on sent à travers la peau une ouverture qui communique directement avec l'abdomen.

1120. *Caractères anatomiques.* Les parties qui forment la hernie se sont engagées dans l'anneau, directement d'avant en arrière, et sans suivre le trajet du canal inguinal : elles sont situées en dedans du ligament ombilical et du lieu d'entrecroisement de l'artère épigastrique avec le cordon des vaisseaux spermatiques, et se sont fait une issue à travers le fascia-transversalis, ou bien ont poussé devant elles ce feuillet aponévrotique qui alors leur sert d'enveloppe. Le cordon des vaisseaux spermatiques se trouve soit en debors de la portion supérieure du sac herniaire, soit sur la moitié externe de sa face antérieure ; le conduit déférent est placé à la partie postérieure. Si le sac est adhérent dans toute son étendue, le testicule, au lieu de se trouver au-dessous et en arrière de l'anse intestinale, comme dans la hernie inguinale externe, se trouve au contraire en dehors et en devant. Le sac herniaire, jusqu'au niveau de l'anneau inguinal, n'est pas renfermé dans l'enveloppe péritonéale du cordon, et depuis cette ouverture il descend entre le cordon et l'enveloppe mince fournie par le crémaster. L'artère épigastrique est toujours située à la partie externe du col du sac herniaire, et conserve ses rapports naturels avec l'anneau. Les viscères qui forment la hernie sont, à droite, la partie inférieure de l'intestin grêle et l'épiploon ; à gauche, les mêmes organes, ainsi que le colon, si la tumeur est très-volumineuse.

1121. *Indications, moyens.* Réduire la hernie en la

comprimant directement d'avant en arrière ; la maintenir au moyen d'une compression agissant dans le même sens, et seulement sur l'anneau inguinal. Dans le cas d'étranglement, débrider en haut, parallèlement à la ligne blanche.

1122. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Hydrocèle, 938, 942 ; — Cystocèle, 1137 ; — Abcès froid, 8 ; — Abcès par congestion, 12.

ÉPIPLOCÈLE INGUINALE.

1123. *Signes diagnostiques.* Dans l'aine est une tumeur indolente, molle, inégale, non rénitente, plus large près de l'anneau que dans ses autres parties. Si elle n'est pas très-ancienne, on peut la réduire, mais sa réduction n'est point accompagnée du gargouillement. Cette tumeur s'est développée lentement ; le froid paraît en diminuer le volume ; la chaleur au contraire l'augmente. Le malade éprouve assez souvent, quand son estomac est rempli d'alimens, des tiraillemens douloureux à l'épigastre.

1123 *bis. Maladies qu'on pourrait confondre* : Hydrocèle, 931 à 951 ; — Testicule engagé dans l'anneau, 1124 ; — Sarcocèle, 921 ; — Abcès par congestion, 12.

TESTICULE ARRÊTÉ DANS L'ANNEAU INGUINAL.

1124. *Signes diagnostiques.* Dans la partie de la région inguinale qui correspond au trajet du canal de ce nom, existe une petite tumeur arrondie, non rénitente, sans changement d'état de la peau, habi-

tuellement indolente, mais très-sensible à la pression qui, lorsqu'elle est un peu forte, y détermine une douleur des plus vives. (Cette tumeur n'est pas susceptible de réduction. Si l'on examine les bourses, on ne peut y rencontrer, de ce côté, le testicule en aucun point.)

CYSTOCÈLE INGUINALE.

1125. *Signes diagnostiques.* A travers l'anneau inguinal, s'est développée une tumeur indolente, sans changement d'état de la peau, augmentant de volume et de consistance lorsque le malade n'a pas uriné depuis un certain temps; s'affaissant au contraire et diminuant immédiatement après l'excrétion de l'urine; enfin disparaissant par la compression ou le décubitus en supination, si elle est peu volumineuse et bornée à l'aine. Si cette tumeur descend plus ou moins bas dans le scrotum, on peut y sentir la fluctuation; si on la comprime, on fait naître chez le malade le besoin d'uriner, et lorsque, par une compression suffisamment prolongée, on est parvenu à la vider, elle ne paraît plus formée que de membranes molles et épaisses, qu'il est difficile ou même impossible de faire rentrer dans l'abdomen.

1125 *bis. Maladies qu'on pourrait confondre* : Hydrocèle, 931 à 951; — Entérocèle, 1119; — Épiplocèle, 1123; — Abcès froid, 8; — Abcès par congestion, 12.

HERNIE DE L'UTÉRUS PAR L'ANNEAU.

1126. *Signes diagnostiques.* (On ne peut reconnaître cette espèce de hernie que lorsque l'utérus renferme le produit de la conception. Alors la tumeur grossit considérablement dans l'espace de quelques mois, et à une certaine époque on y aperçoit les mouvemens actifs du fœtus; en outre, l'examen du col utérin par le toucher indique et le déplacement de la matrice et l'état de plénitude de cet organe.)

1126 *bis. Indications, moyens.* Si la nature de la hernie est reconnue de bonne heure, faire rentrer aussitôt l'organe dans l'abdomen. Si, au contraire, la tumeur a déjà un volume très-considérable, la soutenir et attendre l'accouchement, qu'on favorise, soit au moyen d'une position convenable, soit en pratiquant l'opération césarienne, s'il ne peut avoir lieu par les voies ordinaires.

BUBONS.

1127. *Signes diagnostiques.* Ceux de l'abcès phlegmoneux (1) ou de l'abcès froid (S).

1128. *Indications, moyens.* Si le bubon est inflammatoire, lui opposer un traitement antiphlogistique local et général, en rapport avec son degré d'intensité. S'il est indolent, en opérer la résolution à l'aide de topiques stimulans, irritans. Dans les deux cas, s'assu-

ner d'abord s'il est symptomatique d'une affection vénérienne, scrophuleuse ou autre, ou bien s'il est idiophatique. Dans le premier cas, joindre au traitement local un traitement général en rapport avec la cause. Dans le second, s'en tenir aux moyens usités contre les abcès phlegmoneux ou froids.

1129. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Abcès par congestion, 12; — Hernie crurale, 1133; — Varice inguinale, 1132; — Etranglement d'une hernie, 793. (Lorsque des symptômes inflammatoires très-intenses envahissent le bubon.)

ABCÈS PAR CONGESTION.

1130. *Signes diagnostiques.* (Voy. 12.)

1131. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Bubon, 1127; — Hernie crurale, 1133; — Hernie obturatrice, 1138; — Varice inguinale, 1132.

VARICE INGUINALE.

1132. *Signes diagnostiques.* Dans la région inguinale, au dessous du pli de la cuisse, se présente une tumeur brunâtre, molle, indolente, augmentant par la marche et la station, diminuant ou disparaissant pendant la position horizontale, éprouvant un peu d'accroissement et une légère impulsion pendant des expirations prolongées, comme dans un accès de toux, offrant d'ailleurs, tous les caractères indiqués pré-

cédemment (Voy. 98). On remarque en même temps plusieurs tumeurs variqueuses sur le trajet du tronc ou des branches de la veine saphène interne.

ENTÉROCÈLE CRURALE.

1133. *Signes diagnostiques.* A la partie interne du pli de la cuisse, est une tumeur offrant les caractères de l'entérocèle (785) ; elle est située profondément de sorte qu'on ne peut en toucher le col ni distinguer l'ouverture qui lui a donné passage. Si elle est petite, elle a une forme arrondie ; si elle offre un certain volume, elle est oblongue et dirigée obliquement et parallèlement à l'arcade crurale ; si elle est ancienne et d'un volume considérable, elle se dirige en bas. Les mouvemens de la cuisse sont gênés, il existe (assez souvent) une œdématie du pied de ce côté.

1134. *Caractères anatomiques.* Les organes déplacés sont sortis de l'abdomen par l'anneau crural, et par conséquent dans l'espace borné par la branche horizontale du pubis en arrière, par la partie interne de l'arcade crurale en devant, par les vaisseaux cruraux en dehors et le ligament de *Gimbernat* en dedans. Enfermés d'abord dans le canal inguinal dont ils suivent la direction verticale, ils se sont engagés à travers son orifice inférieure, et suivant l'axe de cette ouverture, c'est-à-dire d'avant en arrière et de dehors en dedans; puis parvenus au milieu du tissu cellulaire sous-cutané, se sont dirigés soit en haut

et en dehors, parallèlement au pli de la cuisse, soit en bas. La hernie est formée par une portion de l'intestin grêle (elle peut l'être également par l'utérus, l'ovaire, l'S iliaque du colon, ou même l'épiploon). Le *corps* de la hernie, ou la portion qui a franchi l'anneau crural, est recouvert de dedans en dehors 1°. par le péritoine formant le sac herniaire, en général très-mince; 2°. par une couche de tissu cellulaire adhérent à cette membrane; 3°. par le *fascia superficialis*; 4°. par un tissu cellulaire plus ou moins abondant, très-serré, si la maladie est ancienne, lâche, au contraire si elle est récente, et parsemé de ganglions lymphatiques; 5°. enfin, par la peau.

La portion de la hernie qui est située sous l'arcade crurale, ou son *col*, présente avec les organes voisins les rapports suivans: son côté antérieur répond immédiatement à l'arcade crurale, le postérieur au pubis, l'externe à la veine iliaque l'interne, au ligament de *Gimbernat*; l'artère épigastrique monte en se courbant un peu sur le côté externe, et très-près de l'extrémité supérieure du col du sac herniaire, pour se diriger ensuite en haut et en dedans vers le muscle droit; lorsque cette artère donne naissance à l'obturatrice, on rencontre celle-ci soit en dedans, soit en dehors de cette même partie du sac; enfin, au devant du col de la hernie et supérieurement, se trouvent l'artère et les veines spermatiques qui passent derrière le ligament de Fallope, en se dirigeant de

dehors en dedans et de haut en bas, pour sortir par l'anneau inguinal.

Ainsi, à son passage sous l'arcade crurale, la hernie se trouve donc en rapport avec l'épigastrique située en dehors, et le cordon des vaisseaux spermatiques (ou le ligament rond, suivant le sexe) placé à quelque distance en haut et en dedans, quelquefois aussi, mais rarement, avec l'artère obturatrice, à son côté interne.

1135. *Indications*, *moyens*. Réduire la hernie en la comprimant d'avant en arrière, puis de bas en haut, si elle est petite et arrondie, ou bien de haut en bas, puis en arrière, puis enfin de bas en haut, si elle est volumineuse, oblongue, et remonte vers le ligament de Fallope. Pendant la réduction, tenir la cuisse fortement fléchie sur le ventre et tournée en dedans. Maintenir les parties réduites au moyen d'une compression permanente agissant de bas en haut.

1136. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Bubon; 1127; — Abcès par congestion, 1130; — Varice inguinale, 1132; — Hernie inguinale, 1111, 1119.

CYSTOCÈLE CRURALE.

1137. A la partie interne du pli de la cuisse, existe une tumeur arrondie, ayant les caractères de la hernie de vessie (1125).

HERNIE OBTURATRICE.

1138. *Signes diagnostiques.* A la partie interne et supérieure de la cuisse, s'est formée une tumeur arrondie ou oblongue, ayant les caractères de l'entérocèle (785), susceptible de réduction en la comprimant de dedans en dehors et d'avant en arrière. (Lorsque cette hernie est peu développée, elle ne manifeste son existence par aucun signe; elle ne peut donc être reconnue pendant la vie. Ce n'est que lorsqu'elle est très-volumineuse qu'elle devient apparente à l'extérieur.)

1139. *Caractères anatomiques.* La tumeur est formée par une portion de l'intestin grêle qui s'est engagée dans le canal sous-pubien, et fait saillie dans la fosse sous-obturatrice. L'organe hernié est recouvert 1°. par une portion du péritoine; 2°. par une couche cellulo-fibreuse ou *fascia propria*, recouverte elle-même par du tissu cellulaire; 3°. en devant par les muscles petit adducteur et pectiné; 4°. en dedans, par le second adducteur et le grêle interne. Le *col du sac* ou partie de la hernie engagée dans le canal obturateur, et dirigée, comme ce dernier, de dehors en dedans et d'arrière en avant, répond, en devant et en dehors, à la gouttière sous pubienne, en bas et en dedans au bord des deux muscles obturateurs et à l'arcade de la membrane obturatrice; enfin, les vais-

seaux et les nerfs obturateurs sont situés à sa partie postérieure et interne.

1140. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Abcès froid, 8 ; — Abcès par congestion, 12 ; — Varice inguinale, 1132.

ENGORGEMENT DES GANGLIONS LYMPHATIQUES.

1141. *Signes diagnostiques.* Il existe dans le creux de l'aine une ou plusieurs tumeurs ayant les caractères assignés précédemment aux ganglions lymphatiques engorgés. (Voy. 592.)

RÉGION SACRO-ILIAQUE (*).

Tumeur ou tuméfaction.	Hernie ischiatique.	1142
	Luxation des symphyses du bassin.	1144
	Relâchement des ligamens articulaires du bassin.	1146
	Ostéo-sarcôme.	1152
	Hydro-rachis.	888
	Fracture des os du bassin avec déplacement..	1149
	Abcès par congestion..	12
	Voy. *Tumeur*, au tableau des *Maladies communes*, pag. 4.	
Douleur. Gêne des mouvemens du tronc ou des membres inférieurs.	Ostéo-sarcôme.	1152
	Relâchement des ligamens articulaires du bassin.	1146
	Luxation des symphyses du bassin.	1144
	Fracture des os du bassin.	1149
	Voy. *Douleur*, au tableau des *Maladies communes*, pag. 4.	
Solution de continuité. Ecoulement insolite.	*Voy.* ces mots, au tableau des *Maladies communes*, pag. 5.	

(*) Comprenant les parties postérieures et latérales du bassin, excepté l'articulation *coxo fémorale*.

HERNIE ISCHIATIQUE.

1142. *Signes diagnostiques.* A la partie postérieure et inférieure du bassin, dans le pli de la fesse, là où correspond l'échancrure ischiatique, a paru une tumeur molle, indolente, sans changement d'état de la peau, susceptible de réduction, en faisant entendre le gargouillement, au moyen du taxis favorisé par le décubitus sur le côté sain. Cette tumeur est arrondie, peu saillante, ou bien a une forme oblongue, et descend à la partie postérieure de la cuisse.

1143. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Abcès froid, 8 ; — Abcès par congestion, 12. (Voy. *Tumeur*, au tableau des *Maladies communes.*)

LUXATION DES SYMPHYSES DU BASSIN.

1144. *Signes diagnostiques.* A la suite d'une violence extérieure exercée sur le bassin, directement ou indirectement, le malade éprouve une difficulté plus ou moins grande, ou même une impossibilité absolue de se tenir debout, de marcher ou de mouvoir les extrémités inférieures ; des douleurs fixes continues se font sentir dans les articulations sacro-iliaques ou du pubis, et augmentent par les mouvemens du tronc ou ceux des membres pelviens. En palpant la région pubienne, on y trouve une saillie

très-dure, commençant à la symphyse, paraissant se continuer avec le reste de l'os, et qu'on reconnaît pour être formée par un des pubis qui ne se trouve plus en rapport avec l'autre. Si l'on imprime des mouvemens de flexion au membre correspondant à la saillie, on s'aperçoit que celle-ci éprouve un véritable déplacement assez étendu, des mouvemens manifestes, mais rares, partagés également par la hanche, et non des vacillations à chaque flexion et à chaque extension, comme dans le relâchement des symphyses (1146). On produit le même phénomène en agissant directement sur l'os iliaque.

1145. *Indications, moyens.* Essayer la réduction. Si elle présente des difficultés, abandonner le déplacement pour s'occuper uniquement des complications, qui, en général, sont assez graves dans ce cas.

RELACHEMENT DES LIGAMENS ARTICULAIRES DU BASSIN.

1146. *Signes diagnostiques.* Chez un jeune sujet offrant des symptômes de scrophules, ou chez une femme, à la fin d'une grossesse ou après l'accouchement, il est survenu des douleurs continues, profondes, au pubis ou à la partie postérieure du bassin, vers les articulations sacro-iliaques (ces douleurs sont rendues plus vives par des mouvemens violens, par une marche prolongée ou même quand le malade change de position dans son lit, veut soulever en

entier un des membres pelviens.) Si un aide, saisissant fortement la cuisse, tend à porter son extrémité supérieure en haut ou en avant, et que dans le même instant on palpe la région pubienne, on s'aperçoit que la symphyse obéit à tous les efforts exercés sur la cuisse, et exécute chaque fois des mouvemens sensibles. Lorsque ces phénomènes existent depuis un certain temps, le membre du côté douloureux paraît plus long ou plus court que l'autre; la marche est difficile et douloureuse, la jambe et la cuisse sont habituellement dans un léger état de demi-flexion, et la pointe du pied est un peu tournée en dehors; les distances respectives des malléoles et du trochanter sont égales dans les deux membres; mais les deux crêtes iliaques ne se trouvent plus sur une même ligne horizontale; celle du côté malade est plus haute, si le membre est plus court; elle est plus basse dans le cas contraire. Assez ordinairement, le contour de la hanche est tuméfié, quelquefois il y existe des abcès, des fistules, et le membre correspondant est le siége de douleurs ou d'engourdissemens dans tout son trajet.

1147. *Caractères anatomiques.* Les ligamens et les cartilages des symphyses du bassin sont ramollis, gonflés; les surfaces articulaires présentent des signes d'inflammation, sont écartées et mobiles.

1148. *Indications, moyens.* Faire cesser l'inflammation par un traitement antiphlogistique local et général; maintenir les surfaces articulaires rappro-

chées, et favoriser leur adhésion au moyen d'un repos absolu et d'une compression permanente très-prolongée; combattre en même temps la cause interne selon sa nature.

FRACTURE DES OS DU BASSIN.

1149. *Signes diagnostiques.* Une pression considérable ou une percussion violente a été exercée sur le bassin, ou bien le malade a fait une chute, d'un lieu très-élevé, sur les pieds, les genoux, les hanches ou les fesses. Les moindres mouvemens du tronc ou des extrémités inférieures occasionent des douleurs vives, fixes dans un point de la région sacro-iliaque. Si, saisissant fortement une des cuisses on en dirige l'extrémité en haut, en avant ou en arrière, ou bien si l'on exerce sur différens points du bassin des pressions alternatives en sens opposé, on reconnaît une mobilité insolite dans la continuité des os de cette région et l'on entend la crépitation. Si la fracture est comminutive, a lieu, soit au pubis, soit aux tubérosités ischiatiques, soit vers les crêtes iliaques, et si le malade a peu d'embonpoint, on peut sentir les fragmens osseux en palpant la partie douloureuse, ou bien en explorant le vagin, le rectum, à l'aide du doigt, ou même en introduisant une sonde dans la vessie.

(Les simples fêlures des os du bassin, les fractures sans déplacement, ne peuvent être reconnues.)

1150. *Indications, moyens.* Favoriser la réunion des fragmens osseux par un repos absolu; prévenir ou combattre les accidens graves qui accompagnent ordinairement ces fractures.

1151. *Maladies qu'on pourrait confondre :* Luxation des symphyses, 1144; — Relâchement des ligamens, 1146; — Fracture de l'extrémité supérieure du fémur, contusion violente des parties molles avec emphysème.

OSTÉO-SARCÔME.

1152. *Signes diagnostiques.* Le malade éprouve depuis long-temps des douleurs fixes, vives, profondes, lancinantes, dans la région occupée par l'os iliaque; ces douleurs sont continues, mais présentent des exacerbations fréquentes, et s'accompagnent d'une altération manifeste de diverses fonctions. Dans le point douloureux a paru une tuméfaction profonde, dure; les parties tuméfiées semblent adhérentes à l'os, sont résistantes, inégales, bosselées, peu ou point sensibles à la pression.

Ces symptômes ayant persisté pendant un certain temps, la peau, les parties molles sous-jacentes, jusqu'alors restées saines, se sont enflammées, et sont devenues le siége de douleurs lancinantes, puis se sont ulcérées. L'aspect de l'ulcération, les symptômes généraux qui l'accompagnent annoncent une affection cancéreuse. (Voy. *Cancer*, 38.)

(L'ostéo-sarcôme occupe le plus souvent la hanche,

mais on peut le rencontrer dans les membres, à la face, à la base du crâne.)

1153. *Caractères anatomiques*. Le tissu osseux a disparu plus ou moins complètement dans certains points, où il est remplacé par du tissu encéphaloïde. Les parties molles environnantes, confondues avec l'os, forment une masse de tissu de nouvelle formation, qui présente les caractères anatomiques de la désorganisation cancéreuse. (Voy. *Cancer*, 40.)

MALADIES DES MEMBRES (*).

MEMBRES SUPÉRIEURS.

ÉPAULE.

Voy. le tableau des *Maladies communes,* pag. 3 et suiv.

FRACTURE DE L'OMOPLATE.

1154. *Signes diagnostiques.* Une violence exté-

(*) Nous croyons devoir nous dispenser de faire précéder l'exposition des signes de ces maladies d'un tableau particulier, ainsi que nous l'avons fait pour les autres régions, parce que, d'une part, les maladies *propres* des membres sont peu nombreuses, peu variées, et peuvent être par conséquent distinguées avec facilité : et que, de l'autre, celles qui ne leur appartiennent pas exclusivement, sont indiquées dans le tableau des *Maladies communes*, auquel nous renvoyons. *Voy.* pag. 3 et suiv.

rieure a été exercée sur l'épaule; une douleur fixe, plus ou moins forte, augmentant par les mouvemens du bras, se fait sentir en un point de l'omoplate, où l'on reconnaît la crépitation, une mobilité insolite, et même une saillie plus ou moins considérable, formée par une portion de l'os, s'il y a déplacement.

1155. *Indications, moyens.* Si la fracture occupe l'acromion, relever le fragment externe qui tend à descendre, et le maintenir en place, soit en tenant le bras écarté du tronc, presque à angle droit, et dans l'immobilité, soit en le tenant soulevé parallèlement à son axe et un peu éloigné de la poitrine à l'aide d'un coussin plus épais inférieurement. Si la fracture intéresse le corps de l'omoplate, il suffit de fixer le bras auprès du tronc, en portant le coude un peu en avant, et en interposant le coussin dont il vient d'être parlé. Lorsque la solution de continuité a lieu près de l'angle inférieur, et que cette partie est déplacée en devant, tenter d'approcher le fragment supérieur de l'inférieur, en portant fortement l'épaule en avant et en bas. Dans tous les cas, condamner le malade à un repos absolu pendant le temps nécessaire à la consolidation de la fracture.

LUXATION DE L'EXTRÉMITÉ SCAPULAIRE DE LA CLAVICULE.

1156. *Signes diagnostiques.* Une chute a eu lieu sur le moignon de l'épaule; depuis ce moment les phénomènes suivans existent. Une douleur vive, fixe,

augmentant par les mouvemens du bras, et surtout par ceux d'élévation, occupe le sommet de l'épaule. Là se remarque une petite tumeur très-dure formée par l'extrémité externe de la clavicule; entre cette saillie et l'acromion est un intervalle plus ou moins grand, qu'on peut faire disparaître ainsi que la saillie, en tirant l'épaule en dehors et en poussant le bras en haut, en même temps que l'on comprime la partie saillante.

1157. *Indications, moyens.* Rapprocher les deux surfaces articulaires déplacées en soulevant le bras et en abaissant en même temps l'extremité scapulaire de la clavicule. Le bandage de Desault pour les fractures de la clavicule, ou mieux, la situation horizontale, et l'immobilité complète du bras, sont les moyens les plus convenables dans ce cas, où l'on ne peut presque jamais obtenir de guérison sans difformité.

1158. *Maladies qu'on pourrait confondre.* On a confondu la luxation de l'extrémité scapulaire de la clavicule, 1°. avec la fracture de cette même partie (la crépitation qui existe dans le dernier cas offre seule le moyen de les distinguer); 2°. avec la luxation de l'humérus (1161). Cette seconde erreur est beaucoup plus grave que la première.

FRACTURE DU CORPS DE LA CLAVICULE.

1159. *Signes diagnostiques.* Il y a eu chute sur l'é-

paule, sur le coude, ou bien sur la paume de la main tandis que le bras était dans l'extension, et faisait un angle plus ou moins ouvert avec le tronc; ou, enfin, il y a eu percussion directe sur la clavicule. Au moment de la chute ou de la percussion, le malade a ressenti de la douleur, ou seulement une espèce de frémissement dans le trajet de la clavicule, et aussitôt les phénomènes suivans se sont montrés. Le bras est pendant sur le côté du corps, l'avant-bras est étendu, et tout le membre est dans un état de rotation en dedans. Le malade incline la tête et le tronc de ce côté, et ne peut diriger le bras, ni en avant, ni en haut, de sorte que le mouvement nécessaire pour porter la main à la tête ou sur l'épaule opposée est presque impossible, et ne peut s'exécuter qu'en fléchissant l'avant-bras et en inclinant la tête et le tronc vers le poignet. L'épaule est plus basse que l'autre, et plus rapprochée de la ligne médiane de la poitrine. Si l'on passe les doigts sur la clavicule, on sent une interruption dans la continuité de cet os, une saillie formée par le fragment externe ou acromial, placé sous le précédent, et dont la direction est oblique en bas et en avant. Les mouvemens du bras ou de l'épaule ne se communiquent qu'à l'extrémité externe de la clavicule, et donnent lieu à la crépitation. Si l'on soulève l'épaule et qu'on l'éloigne du corps, en portant l'extrémité supérieure du bras en haut et en arrière, on lui rend son élévation et sa forme ordinaires; on voit

aussi disparaître et l'intervalle existant entre les deux fragmens et la saillie que l'un d'eux formait.

1160. *Indications, moyens.* Réduire la fracture en portant, comme il vient d'être dit, l'épaule en dehors, en haut et en arrière ; maintenir les parties dans cette position à l'aide d'un bandage qui puisse remplir ces diverses indications, en s'opposant en même temps à la mobilité des fragmens.

AISSELLE.

Voy. le tableau des *Maladies communes*, pag. 3 et suiv.

LUXATION DE L'HUMÉRUS.

1161. *Signes diagnostiques.* Le malade a fait une chute sur le côté, et le coude, fortement écarté du corps, a porté sur le sol ; ou bien, dans le dessein d'élever à une grande hauteur un corps très-lourd, le bras a été assez éloigné du tronc pour former un angle très-ouvert avec lui ; ou bien, enfin, une violence extérieure a agi directement sur la partie externe de l'épaule. Une douleur vive s'est fait sentir tout-à-coup dans l'articulation scapulo-humérale ;

et le membre a présenté aussitôt l'état suivant. Il est allongé d'une manière très-sensible ; l'avant-bras est légèrement fléchi, s'il n'est pas soutenu ; le bras est dirigé en dehors ; le coude, constamment éloigné du tronc, ne peut en être rapproché, quels que soient les efforts qu'on dirige sur lui, mais il peut être porté très-facilement en dehors, un peu en avant et en arrière, et les divers mouvemens qui lui sont imprimés sont transmis à l'omoplate. Le moignon de l'épaule est aplati, se laisse facilement déprimer par les doigts, qui sentent, à travers le deltoïde distendu, la cavité glénoïde vide. L'acromion forme une saillie aiguë qui contraste avec la dépression dont il vient d'être parlé, laquelle s'étend jusqu'au point d'insertion du deltoïde à l'humérus. Si l'on parcourt le côté interne du bras jusqu'à sa partie supérieure, on rencontre bientôt dans le creux de l'aisselle une tumeur arrondie, très-dure, formée par la tête de l'humérus, qui se trouve située au-dessous du col de l'omoplate. (*Luxation en bas.*)

1162. La plupart des phénomènes précédens ont lieu, mais l'aplatissement de l'épaule n'est bien sensible qu'à la partie postérieure, le bras est plus court, est dirigé en arrière et en dehors, et le mouvement par lequel le coude est porté en devant est le plus difficile, tandis que le mouvement contraire peut être produit aisément ; enfin, la tête de l'humérus est moins saillante dans le creux de l'aisselle que sous le grand pectoral, et se trouve en dedans du col de l'omoplate. (*Luxation en dedans.*)

1163. La dépression du moignon de l'épaule est plus considérable à la partie antérieure que dans les autres points; le bras est dirigé en devant et en dedans. On ne sent point la tête de l'humérus dans le creux de l'aisselle, mais on la voit saillir en dehors de l'angle antérieur du scapulum au-dessous de la base de l'apophyse acromion. (*Luxation en dehors.*)

1164. Si la tête de l'humérus se trouve placée au-dessous de la clavicule et près de cet os et de l'apophyse coracoïde, on peut être certain que ce déplacement est la conséquence de la luxation en dedans. Si la maladie est déjà ancienne, il est très-difficile de déterminer à quelle espèce de déplacement primitif a succédé le déplacement secondaire que l'on observe; il est impossible de savoir, par exemple, lorsque la tête de l'humérus est située à la partie interne, si elle s'est échappée de la capsule par ce côté, ou par la partie inférieure, à moins qu'on ait des renseignemens exacts sur la situation du membre lors de l'accident. Ce doute est de peu d'importance, lorsque l'ouverture de la capsule a une grande étendue, car la réduction s'opère facilement par les tractions qu'on exerce sur le membre. Dans le cas contraire, il peut nuire au traitement, qui diffère suivant les cas.

1165. *Indications, moyens.* Rendre aux surfaces articulaires leurs rapports respectifs naturels, 1°. en éloignant la tête de l'humérus des parties sur lesquelles

elle repose, au moyen de tractions capables de surmonter l'action des muscles, et pendant lesquelles on donne au membre la direction qu'il avait au moment où la luxation s'est opérée ; 2°. en comprimant convenablement la tête de l'humérus, dès qu'elle est ramenée au devant de la cavité cotyloïde, et dans le sens opposé au déplacement ; 3°. enfin, en abaissant subitement l'extrémité inférieure du membre. On favorise ces manœuvres en tenant l'épaule immobile, par des efforts de contre-extension proportionnés à ceux d'extension.

Si, par ces moyens méthodiquement employés, la réduction est impossible, on doit s'assurer si la luxation est consécutive, et diriger ses efforts selon l'espèce de luxation primitive. S'il y a en même temps fracture, on s'occupe uniquement de réduire et de consolider cette dernière.

FRACTURE DU COL DE L'HUMÉRUS.

1166. *Signes diagnostiques.* Un corps dur, lancé avec beaucoup de force, a frappé la partie supérieure du bras. Outre la douleur locale, la difficulté ou l'impossibilité de mouvoir le membre, il existe une dépression au côté externe et supérieur du bras ; le moignon de l'épaule a conservé néanmoins sa forme et son étendue naturelles. Le coude est écarté du tronc ; on peut cependant l'en rapprocher très-facilement, et le diriger dans tous les sens ; mais on pro-

duit alors de la douleur et la crépitation. On peut donner lieu à ces mêmes phénomènes en appuyant sur l'extrémité supérieure du bras, où l'on découvre alors une mobilité insolite. Si l'on porte les doigts dans le creux de l'aisselle, on y rencontre, du côté de l'humérus et à peu de hauteur, la pointe du fragment inférieur formant une tumeur dure, pesante, irrégulière, partageant tous les mouvemens qu'on communique au membre, et disparaissant si on la comprime de dedans en dehors en même temps qu'on exerce une traction suffisante sur le poignet.

1167. *Indications, moyens.* Réduire la fracture et la maintenir réduite en ramenant et fixant le fragment inférieur en dehors et le supérieur en dedans, et en annulant, par un repos absolu, et à l'aide d'un bandage qui fixe le bras à la poitrine, l'action des muscles qui produit ce double déplacement.

1168. *Maladie qu'on pourrait confondre* : Luxation de l'humérus, 1161.

BRAS.

Voy. tableau des *Maladies communes*, pag. 3 et suiv.

FRACTURE DU CORPS DE L'HUMÉRUS.

1169. *Signes diagnostiques.* Par l'effet d'une percussion directe sur le bras ou d'une chute sur le coude ou sur la paume de la main, les mouvemens du membre supérieur sont très-bornés et très-douloureux. Le bras est plus ou moins cambré; on remarque quelque dérangement dans le rapport des éminences du coude et de celles de l'épaule, et cependant l'avant-bras est étendu et mobile comme à l'ordinaire. Si, saisissant l'articulation huméro-cubitale, on fait des efforts, comme pour plier le membre dans sa longueur, les mouvemens ne se communiquent pas à l'extrémité supérieure du bras, mais s'arrêtent dans un point de son étendue où se remarque une mobilité insolite, et où l'on peut entendre la crépitation. Si cette mobilité des fragmens osseux siége au-dessous de l'insertion du deltoïde, la portion d'os adhérente à ce muscle fait une saillie en dehors et en avant. Le contraire a lieu si la solution de continuité paraît être plus haut que cette insertion. Si la mobilité et la crépitation ont lieu près du coude, le fragment inférieur est saillant à la face antérieure du bras, et l'avant-bras étendu est légèrement tourné en dehors.

1170. *Indications, moyens.* Réduire la fracture à l'aide d'une extension suffisante et d'une compression exercée sur chacun des fragmens, dans le sens opposé à celui du déplacement; maintenir ainsi ces deux fragmens

affrontés, empêcher leur déplacement et favoriser leur réunion au moyen d'un bandage qui, en remplissant ces indications, tienne le membre dans une immobilité complète. Si la fracture est voisine du coude, prévenir une partie des inconvéniens résultant de l'ankylose qui la suit ordinairement, en tenant constamment l'avant-bras fléchi à angle droit sur le bras.

1171. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Si la fracture occupe l'extrémité supérieure de l'humérus ou son extrémité inférieure, elle peut être confondue avec la luxation de l'articulation scapulo-humérale, dans le premier cas, et avec la luxation du coude dans le second.

COUDE.

Voy. le tableau des *Maladies communes*, pag. 3 et suiv.

LUXATION DU COUDE.

1172. *Signes diagnostiques.* Le malade est tombé sur la paume de la main, ayant l'avant-bras dans la demi-flexion. Une douleur vive et la difficulté des mouvemens de l'articulation huméro-cubitale en ont été immédiatement le résultat, ainsi que les symptômes suivans : l'avant-bras est plus ou moins fortement fléchi, et ne peut être ni fléchi davantage, ni étendu, les efforts qu'on fait pour y parvenir occasionent une douleur très-forte. (Quelquefois, cependant, l'articulation est très-mobile dans tous les sens et par la moindre impulsion, ce qui annonce une rupture considérable des ligamens.) On sent dans le pli du bras une saillie formée par l'extrémité inférieure de l'humérus. L'olécrâne, au lieu d'être au niveau de la tubérosité externe de cet os, est situé au-dessus d'elle malgré la flexion de l'avant-bras, et forme une saillie considérable, en soulevant la portion inférieure du triceps, de telle sorte que le bras, vu de profil, paraît rompu vers son tiers inférieur. (*Luxation en arrière.*)

1173. Par l'effet d'une chute sur le poignet ou d'un violent effort tendant à pousser l'avant-bras latéralement en dedans ou en dehors, le bras étant fixé ou entraîné dans une direction contraire, une douleur très-vive existe dans l'articulation huméro-cubitale dont les mouvemens sont devenus extrêmement bor-

nès et douloureux, et qui présente une difformité remarquable.

L'olécrâne est rapproché de la tubérosité interne de l'humérus, qui paraît déprimée, tandis que l'extrémité supérieure du cubitus est isolée et saillante. Au contraire, la tubérosité externe forme un relief assez considérable en dehors du radius. Les muscles biceps et brachial antérieur, en avant, et triceps, en arrière, sont tendus et dirigent leur extrémité inférieure vers le côté interne du membre. L'avant-bras et la main sont inclinés en dehors. (*Luxation latérale interne incomplète.*)

1174. *La luxation latérale externe* se manifeste par la saillie du radius et de la tubérosité interne, par une dépression au-dessus de la première et au dessous de la seconde de ces saillies, par le rapprochement de l'olécrâne du côté externe de l'articulation; enfin, par la direction en dehors des attaches inférieures des muscles brachial antérieur et triceps.

Lorsque le déplacement en dehors est complet et que les surfaces articulaires n'ont plus aucun rapport, l'avant-bras est très-mobile dans tous les sens, ne peut obéir qu'à une impulsion extérieure, mais n'est point mis en mouvement par les efforts musculaires, et l'extrémité supérieure de l'avant-bras chevauche sur le bras, qu'elle dépasse à son côté externe.

1174 *bis. Indications, moyens.* Réduire la luxation dès les premiers momens de l'accident, afin de prévenir l'adhérence contre nature des surfaces articu-

laires avec les parties voisines. S'il existe un gonflement inflammatoire considérable ou une déchirure de l'artère brachiale ou une fracture, on remédie d'abord à ces accidens. Il faut, pour obtenir la réduction de la luxation en arrière, exercer d'abord des efforts d'extension dans une direction parallèle à l'axe particulier du bras et de l'avant-bras, puis ramener les surfaces articulaires dans leur position respective, en poussant simultanément l'extrémité inférieure du bras en arrière et l'extrémité supérieure de l'avant-bras en devant.

Pour réduire les luxations latérales, l'extension et la contre-extension doivent être dirigées parallèlement à l'axe du membre pectoral étendu. La coaptation s'opère en pressant en sens contraire les extrémités articulaires déplacées; après la réduction, on fléchit l'avant-bras à angle droit, on met obstacle à un nouveau déplacement et à l'inflammation consécutive, en interdisant au malade l'usage du membre pendant quelques jours; mais on doit aussi prévenir l'ankylose en imprimant de temps en temps à l'articulation de légers mouvemens.

LUXATION DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU RADIUS EN ARRIÈRE.

1175. *Signes diagnostiques.* Un grand mouvement de pronation de l'avant-bras a été produit par une violence extérieure; aussitôt une vive douleur s'est fait sentir dans l'articulation radio-humérale; l'avant-

bras est resté fléchi et dans la pronation; tout effort pour le ramener en supination est sans effet et augmente considérablement la douleur. La main et les doigts sont dans un état de demi-flexion. Au-dessous et en avant de la petite tête de l'humérus, qui paraît saillante et isolée, est une dépression, tandis qu'en arrière et au-dessous de cette même tubérosité est une tumeur très-dure, formée par l'extrémité supérieure du radius.

1176. *Indications, moyens.* Réduire cette luxation en pressant d'arrière en avant sur la saillie formée par le radius, en même temps qu'on donne à l'avant-bras une position opposée à celle qu'il présente, en le ramenant dans le sens de la supination et l'extension.

FRACTURE DE L'OLÉCRANE.

1177. *Signes diagnostiques.* Immédiatement après une chute, une percussion sur le coude, ou (ce qui est plus rare) par l'effet d'une extension subite et forcée de l'avant-bras, le malade a ressenti de la douleur derrière l'articulation huméro-cubitale; l'avant-bras s'est fléchi à demi; son extension par les seules contractions musculaires est impossible, mais on peut cependant le fléchir et l'étendre avec facilité, en le saisissant à son extrémité inférieure. Le coude présente une dépression insolite, bornée en bas par l'extrémité du cubitus, en haut par l'olécrâne. Cette

apophyse est mobile en tous sens, mais surtout de haut en bas ; on peut aisément la rapprocher du cubitus, faire disparaître ainsi l'intervalle qui existait entre eux, et produire en même temps la crépitation, surtout si on la fait mouvoir transversalement.

1178. *Indications, moyens.* Rapprocher les fragmens ; les maintenir dans cet état et favoriser la formation du tissu fibreux qui doit les réunir, en tenant le bras dans la demi-flexion et dans l'immobilité, pendant le temps nécessaire à la disparition des phénomènes inflammatoires et à l'affermissement de la substance intermédiaire ; prévenir la formation de l'ankylose en imprimant de temps en temps à l'articulation des mouvemens modérés.

1179. *Maladie qu'on pourrait confondre* : Luxation de l'avant-bras en arrière, 1172.

AVANT-BRAS.

FRACTURE DE L'AVANT-BRAS.

1180. *Signes diagnostiques.* Une chute sur la paume de la main, ou une percussion violente sur l'avant-bras, a produit dans celui-ci une douleur qui augmente quand le malade veut exercer les mouvemens de pronation et de supination, et qui se fait sentir dans un point du membre où l'on remarque une difformité manifeste. Cette difformité consiste en une courbure soit en devant, soit en arrière, et en une dépression correspondante des bords radial et cubital. Si, embrassant d'une main l'extrémité supérieure du radius, immédiatement au-dessous de la petite tête de l'humérus, on fait exécuter avec l'autre main des mouvemens de pronation et de supination à l'avant-bras, on ne sent point ces mouvemens se communiquer à l'articulation radio-cubitale ; mais ils s'arrêtent dans le lieu de la difformité, où l'on reconnaît aisément une mobilité insolite et la crépitation. (*Fracture du radius et du cubitus.*)

1181. La douleur est fixée au bord radial de l'avant-bras, dans un point où il existe une dépression et un défaut de résistance remarquables. Les mouvemens de rotation et de supination sont très-difficiles et douloureux, et donnent lieu à la crépitation. Si ces phénomènes ont lieu près de l'extrémité inférieure de l'os, il s'y joint une légère saillie formée par le fragment supérieur qui se dirige en devant ou en arrière. (*Fracture du radius.*)

1182. Une très-forte percussion a eu lieu sur la partie interne de l'avant-bras; outre la douleur locale, on découvre, en parcourant le bord cubital du membre, une saillie mobile, cédant sous la pression, et immédiatement au-dessous de cette saillie un leger enfoncement interrompant la continuité du cubitus. Si l'on comprime alternativement en avant ou en arrière les deux fragmens osseux, on entend la crépitation, mais le même phénomène ne peut se produire en faisant exécuter à la main des mouvemens de pronation et de supination. (*Fracture du cubitus.*)

1183. *Indications, moyens.* Réduire la fracture en éloignant les fragmens de la ligne médiane du membre vers laquelle ils tendent toujours à se diriger, et en comprimant, dans le sens opposé au déplacement, les pièces osseuses qui font saillie. Maintenir les fragmens réduits et favoriser leur réunion au moyen d'un bandage qui, exerçant une compression suffisante dans le sens du diamètre dorso-palmaire du membre, afin de remplir la première indication, prévienne en outre tout mouvement de l'avant-bras et de la main, sans cependant comprimer les parties assez fortement pour mettre obstacle à la circulation.

POIGNET ET MAIN

LUXATION DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU CUBITUS.

1184. *Signes diagnostiques.* Par l'effet d'une violence exercée directement sur l'avant-bras ou la main, de manière à produire un mouvement de pronation ou de supination forcé, une douleur subite et violente s'est fait sentir dans le poignet, dont les mouvemens sont devenus aussitôt impossibles ou difficiles et très-douloureux. L'avant-bras est fixé dans la supination et dans une demi-flexion; au-dessus de l'extrémité cubitale de la face palmaire du carpe, se remarque une saillie formée par la tête du cubitus dirigée en avant; et au-devant du bord interne et de

l'extrémité du radius, où sont les tendons des fléchisseurs rassemblés en faisceau. Si l'on parcourt avec les doigts le bord postérieur du cubitus, on reconnaît que l'extrémité inférieure de cet os se dirige de haut en bas, de dedans en dehors et d'avant en arrière; les doigts sont légèrement fléchis, et la main dans une supination plus marquée que l'avant-bras. (*Luxation en devant.*)

1185. Ou bien, l'avant-bras et la main demeurent dans une pronation forcée; la partie inférieure de l'avant-bras paraît beaucoup plus étroite que dans l'état naturel; le radius et le cubitus sont croisés l'un devant l'autre; les doigts, la main et l'avant-bras sont à demi-fléchis; les tendons des fléchisseurs sont réunis et forment une saillie au côté interne du radius dont l'extrémité inférieure est très-apparente; à la face dorsale de l'avant-bras, immédiatement au-dessus du bord cubital du carpe, se présente une tumeur très manifeste, formée par la tête du cubitus. (*Luxation en arrière.*)

1186. *Indications, moyens.* Rétablir les rapports naturels de l'os déplacé; pour cela, faire cesser d'abord la pression mutuelle du radius et du cubitus, en exerçant sur l'un et l'autre un effort contraire, comme pour les éloigner; puis réduire l'extrémité luxée en la poussant en sens inverse du mouvement qu'elle a opéré pour se déplacer, c'est-à-dire d'avant en arrière pour la luxation en devant, *et vice versâ*. et en ramenant en même temps le membre

dans la position opposée à celle qu'il présente. Prévenir enfin la reproduction du déplacement au moyen d'un appareil propre à maintenir l'avant-bras dans l'immobilité.

LUXATION DU CARPE.

1187. *Signes diagnostiques.* Un effort violent et subit a agi sur la main dans le sens de l'extension, de la flexion, de l'adduction ou de l'abduction; l'articulation radio-carpienne est le siége d'une douleur très-vive, a perdu ses mouvemens, et l'avant-bras ne peut être porté dans la supination ou la pronation.

1188. La main est dans l'extension forcée; les doigts sont fléchis; on remarque à la partie antérieure de l'articulation radio-carpienne une saillie transversale considérable, formée par l'extrémité supérieure du carpe. En arrière de la même articulation et au-dessous de l'extrémité inférieure du radius, existe une dépression formant un pli dirigé transversalement. (*Luxation en devant.*)

1189. La main est fortement inclinée en devant; les doigts sont étendus ou peuvent l'être facilement; le carpe fait saillie au-dessous du radius, à la partie postérieure de l'articulation, tandis qu'en devant il forme avec l'avant-bras un angle rentrant. Les tendons des extenseurs sont soulevés et tendus. (*Luxation en arrière.*)

1190. La main est fortement inclinée vers le bord cubital de l'avant-bras, se trouve ainsi fixée dans l'ad-

duction ; le carpe forme une saillie au-dessous et en dehors de l'extrémité inférieure du radius. (*Luxation en dehors.*)

1191. La main est inclinée sur le côté externe de l'avant-bras ; le carpe forme une tumeur au-dessous de l'apophyse styloïde du cubitus, tandis que l'extrémité inférieure du radius est isolée et saillante. (*Luxation en dedans.*)

1192. *Indications*, *moyens*. Réduire la luxation en éloignant, par des tractions continues et graduées, les surfaces articulaires, et en repoussant la partie saillante du carpe, dans le sens opposé à celui du déplacement. Prévenir ou combattre les accidens inflammatoires qui accompagnent ordinairement cette luxation.

LUXATION DU GRAND OS DU CARPE.

1193. *Signes diagnostiques*. La main a subi une flexion considérable, soit dans une chute, soit en saisissant un corps avec force, et en fléchissant violemment le poignet. Aussitôt a paru, avec une légère douleur, une petite tumeur à la face dorsale de la main, dans le point correspondant à la tête du grand os. Cette tumeur augmente dans la flexion de la main, diminue dans l'extension, et disparaît alors entièrement si on la comprime.

LUXATION DU PREMIER OS DU MÉTACARPE EN ARRIÈRE.

1194. *Signes diagnostiques.* Le pouce et le premier os du métacarpe sont fixés dans une flexion forcée, et les efforts tentés pour les redresser occasionent de la douleur. On aperçoit une petite tumeur dure, circonscrite à la face dorsale de la main, dans l'endroit qui correspond à l'extrémité supérieure du premier os métacarpien. Cette tumeur disparaît si on la presse fortement en devant et en bas, en même temps qu'on opère sur le pouce une traction suffisante.

FRACTURE DES OS DE LA MAIN.

1195. *Signes diagnostiques.* On reconnaît ces fractures à la difformité de la partie, à une mobilité, insolite dans le corps de ces os, à la crépitation, qu'on produit en pressant alternativement sur chacun des fragmens.

1196. *Indications, moyens.* Réduire, s'il y a déplacement, puis maintenir les fragmens osseux dans une immobilité complète pendant le temps nécessaire à la consolidation.

ENTORSE (*ou distension forcée des ligamens articulaires*).

1197. *Signes diagnostiques.* Une violence extérieure a agi sur une articulation, dont elle a forcé les

mouvemens naturels, ou à laquelle elle en a imprimé de contraires à la disposition de l'articulation. Elle a produit aussitôt une douleur locale très-vive, suivie bientôt du gonflement des parties molles environnantes. Mais on ne remarque ni difformité dans le membre, ni altération manifeste dans les rapports des surfaces articulaires, dont les mouvemens sont restés libres immédiatement après l'accident.

1198. *Indications, moyens.* Prévenir l'engorgement inflammatoire en recouvrant les parties de substances répercussives et sédatives, ou le combattre par un traitement antiphlogistique et le repos complet de l'articulation malade.

GANGLION.

1199. *Signes diagnostiques.* A la face dorsale du poignet, de la main ou des doigts, et sur le trajet des tendons des extenseurs (quelquefois aussi sur le dos du pied), s'est formée spontanément une tumeur dont le volume a augmenté par degré. Cette tumeur est indolente, sans changement d'état de la peau; elle offre de la mollesse et de la fluctuation; elle paraît transparente examinée au grand jour ou à la lumière; elle est mobile sous la peau et change de position, diminue ou augmente de volume et de rénitence dans les divers mouvemens du tendon sur lequel elle est fixée.

1200. *Indications, moyens.* Evacuer la synovie ac-

cumulée qui forme la tumeur, en rompant les parois de celle-ci au moyen d'une forte pression; favoriser ensuite l'absorption de ce liquide au milieu du tissu cellulaire voisin, par l'emploi de topiques légèrement excitans. Si le kyste est très-volumineux, l'ouvrir et en exciser une partie, afin de prévenir son retour.

PANARIS.

1201. *Signes diagnostiques.* A la suite de piqûre, de contusion, de pression violente, un des doigts s'est gonflé plus ou moins rapidement; une douleur pulsative continue, très-vive, quelquefois intolérable, s'en est emparée; la peau qui le recouvre est tendue, rouge, très-sensible à la pression; les collatérales des doigts, et surtout celles du doigt malade, battent avec force; bientôt la paume de la main, l'avant-bras, le bras, les ganglions de l'aisselle se gonflent et deviennent douloureux; une fièvre plus ou moins vive se développe. Ces symptômes ayant duré quelques jours, le point primitivement douloureux se tuméfie davantage, et les signes de l'abcès se manifestent. (Voy. 1.)

1202. *Indications, moyens.* S'il n'existe encore que de la douleur et du gonflement, arrêter les progrès de l'inflammation par l'emploi des répercussifs et des sédatifs. Si les symptômes inflammatoires sont très-intenses, les diminuer en faisant cesser l'étranglement des parties au moyen d'incisions larges et profondes, et par l'emploi d'un traitement antiphlogistique local et général.

MEMBRES INFÉRIEURS.

CUISSE.

Voy. le tableau des *Maladies communes*, pag. 3 et suiv.

LUXATION DU FÉMUR.

1043. *Signes diagnostiques.* Le malade est tombé d'un lieu élevé. Dans la chute, une des cuisses a été portée violemment en dedans et en avant. Une douleur très-vive s'est fait sentir aussitôt dans la hanche correspondante, et rend impossibles ou extrêmement pénibles les efforts pour marcher, et même la station

sur les pieds. Le membre inférieur de ce côté est plus court que l'autre, et se trouve fixé dans l'adduction et la rotation en dedans ; le trochanter est incliné en devant et plus près de la crête et de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles que dans l'état naturel ; le pli de la fesse paraît aussi plus élevé. En comparant ce membre à celui qui est sain, on trouve que les malléoles et le genou sont situés plus haut ; que la distance qui sépare la malléole externe de la crête iliaque est moindre, mais que l'intervalle qui existe entre le grand trochanter et la malléole n'a point varié. Les mouvemens d'extension, de rotation en dehors et d'abduction de la cuisse sont impossibles, soit par les seules contractions musculaires, soit même par des efforts extérieurs, qui n'ont d'autre effet que de produire de fortes douleurs dans l'articulation coxo fémorale ; tandis que les mouvemens de flexion, de rotation en dedans et d'adduction s'exécutent facilement. (*Luxation en haut et en dehors.*)

1204. *Caractères anatomiques.* La tête du fémur, sortie de la cavité cotyloïde, s'est portée en haut et en arrière, sur la partie inférieure de la fosse iliaque externe, entre l'os lui-même et le muscle petit fessier, qu'elle repousse en haut. La capsule de l'articulation, déchirée dans sa partie supérieure et externe (au moins dans la plupart des cas), est tendue au devant de la cavité cotyloïde contre laquelle elle tient assez fortement appliquée la partie antérieure du trochanter. Le ligament rond est déchiré ; les muscles fes-

siers, psoas et iliaques sont dans un état de relâchement à cause du rapprochement de leurs points d'insertion ; les muscles carré, obturateur, pyramidal et jumeaux sont au contraire tendus et alongés.

Si la luxation existe depuis long-temps, outre les dispositions indiquées précédemment, on voit que la portion de la fosse iliaque externe qui se trouve en contact avec la tête du fémur est déprimée, forme une nouvelle cavité articulaire, à bords très-irréguliers, à surface rugueuse, et revêtue, non d'un cartilage, mais d'une membrane fibreuse, dure et épaisse. A l'intérieur du bassin, on remarque une saillie plus ou moins considérable, correspondant exactement à la dépression extérieure. La tête du fémur, jouissant de quelques mouvemens très-bornés, a perdu sa forme régulière ; elle est aplatie, et sa surface, au lieu d'être lisse et polie, offre des rugosités nombreuses ; il n'y a plus de traces du ligament rond. La cavité cotyloïde est rétrécie et présente une forme ovalaire. Le muscle petit fessier est pâle, plus ou moins altéré, ses fibres sont tranformées en une substance ligamenteuse très-ferme. La plupart des autres parties du membre ont diminué de volume.

1205. *Indications*, *moyens*. (Voy. 1211.)

1206. Dans une chute faite d'un lieu élevé, une des cuisses, fortement dirigée en dehors, a supporté le poids du corps ; immédiatement après, le malade a ressenti une forte douleur dans l'articulation coxo-

fémorale correspondante, et les phénomènes suivans se sont manifestés : la cuisse reste sensiblement écartée de l'autre, ne peut être ramenée en dedans, et si l'on tente de lui faire exécuter quelque mouvement, le malade éprouve de vives douleurs à l'aine et dans le lieu occupé par les muscles fessiers, jumeaux et carré; le membre est alongé et dans la rotation en dehors. Au-dessous du pli de l'aine, à la partie supérieure et interne de la cuisse, est une tumeur très-dure, arrondie, formée par la tête du fémur déplacée. Le trochanter est peu saillant, plus bas qu'à l'ordinaire, la fesse est aplatie; le pli qui la sépare de la cuisse est situé plus bas que de l'autre côté. Les muscles adducteurs sont alongés et forment une espèce de corde dure, tendue, depuis la partie moyenne et interne de la cuisse jusqu'au pubis. Si le malade, étant debout, veut s'appuyer sur les deux pieds, il est obligé de fléchir le membre malade, qui se trouve plus long que l'autre; il ne peut marcher qu'en faisant décrire à ce même membre des arcs de cercle et en appuyant sur le sol toute la plante du pied en même temps. (*Luxation en bas et en dedans.*)

1207. *Caractères anatomiques.* La tête du fémur est sortie de la cavité articulaire, et se trouve placée dans la fosse obturatrice, entre le muscle obturateur et le ligament qui ferme le trou sous-pubien. La capsule articulaire est déchirée dans sa partie interne et inférieure, tandis que le ligament inter-articulaire n'est

que distendu. Les muscles fessiers, jumeaux, obturateurs et carré sont alongés, tendus; il en est de même des muscles adducteurs.

Si la luxation est très-ancienne, on voit que la tête du fémur a comprimé la branche horizontale du pubis et la partie inférieure et interne du rebord de la cavité cotyloïde, et s'y est formé une nouvelle cavité articulaire. Elle se trouve recouverte par une enveloppe osseuse irrégulière qui naît de l'ischion et du pubis, et sous laquelle elle peut exercer des mouvemens assez peu étendus. (La disposition de cette nouvelle articulation est susceptible d'un grand nombre de variétés, celle qui vient d'être décrite est une des plus communes.)

1208. *Indications*, *moyens*. (Voy. 1211.)

1209. Un effort violent ayant porté brusquement une des cuisses en arrière et le bassin en devant, a produit dans l'articulation coxo-fémorale une forte douleur, suivie de l'écartement, du raccourcissement du membre et de sa rotation en dehors. La cuisse est étendue, ne peut être fléchie sur le bassin ni être tournée en dedans, et les efforts pour lui donner cette position sont sans effet et produisent des douleurs très-vives; le grand trochanter, situé plus haut et plus en devant que dans l'état naturel, se trouve presque dans la direction d'une ligne verticale partant de l'épine iliaque antérieure et supérieure. On remarque dans l'aine, là où se fait sentir une douleur fixe

plus ou moins forte, une tumeur dure, arrondie, qu'on reconnaît facilement pour être formée par la tête du fémur; en dedans de cette tumeur, on sent les battemens de l'artère fémorale. La fesse de ce côté est aplatie, et la ligne courbe déprimée qui la sépare de la partie postérieure de la cuisse, est située plus haut qu'à l'ordinaire. (*Luxation en dedans et en haut.*)

1210. *Caractères anatomiques.* La tête du fémur est sortie de la cavité cotyloïde, à travers une déchirure que présente la capsule articulaire à sa partie supérieure; elle repose sur la branche horizontale du pubis, en dehors des vaisseaux fémoraux, du nerf crural, qu'elle soulève quelquefois, et se trouve au-dessous de la masse commune des muscles psoas et iliaques. Le ligament inter-articulaire est déchiré; les muscles fessiers, pyramidal, jumeaux, carré et obturateurs sont tendus et alongés; tous les autres muscles voisins de l'articulation sont dans le relâchement.

1211. *Indications, moyens.* Si la luxation est récente, en tenter la réduction d'après les règles suivantes : la contre-extension doit être faite sur le bassin de manière à le rendre immobile pendant les tractions exercées sur le membre. Les efforts d'extension doivent être assez énergiques pour surmonter la résistance toujours très-considérable des muscles, et être dirigés, suivant la direction que le membre luxé présente (c'est-à-dire de dehors en dedans et un peu

d'arrière en avant, pour la luxation en haut et en dedans; de dedans en dehors pour la luxation en bas et en dedans; enfin, presque parallèlement à l'axe du corps pour la luxation en haut et en dedans.)

Lorsque, par une extension suffisante, les surfaces articulaires sont ramenées vis-à-vis l'une de l'autre, on opère la coaptation en donnant à la tête du fémur une direction contraire à celle qu'elle a prise pour se déplacer. (Dans la luxation en haut et en dehors, le grand trochanter doit être repoussé en bas et en dedans; dans celle en bas et en dedans, la partie supérieure de la cuisse doit être portée en haut et en dehors, tandis que la partie inférieure du membre est dirigée en dedans; dans la luxation en haut et en dedans, la tête du fémur doit être poussée en bas et en dehors.)

Après la réduction, prévenir un nouveau déplacement par le repos absolu du membre, et s'opposer aux accidens inflammatoires, ou les combattre par les moyens ordinaires. Si le déplacement est déjà ancien, ne point chercher à le réduire.

1212. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Fracture du col du fémur, 1216; — Fracture de l'extrémité supérieure du corps du fémur, 1219; — Ankylose incomplète de l'articulation coxo-fémorale.

LUXATION SPONTANÉE DE LA CUISSE.

1213. *Signes diagnostiques.* Les signes de la luxa-

tion du fémur *en haut et en dehors* ont lieu (1203) (*); ils ont été précédés d'un alongement graduel du membre et par conséquent de claudication. Avant et pendant la durée de ces phénomènes, le malade a ressenti des douleurs plus ou moins violentes, continues et fixes dans l'aine, dans la hanche et dans l'articulation fémoro-tibiale correspondante; celles de la hanche étaient rendues plus vives par la marche ou par une pression un peu forte exercée aux environs de l'articulation, surtout dans le pli de la cuisse, un peu en dehors de l'extrémité supérieure de la fémorale; les autres, au contraire, n'étaient point augmentées par la compression du genou, ni même par les mouvemens de flexion ou d'extension de la jambe. (Ordinairement les parties molles qui entourent l'articulation coxo-fémorale sont le siége d'un gonflement considérable, peu ou point inflammatoire; ou bien on y observe des abcès froids, des fistules cutanées.)

1214. *Caractères anatomiques.* La tête du fémur est sortie de la cavité cotyloïde, d'où elle a été chassée par le gonflement des parties molles inter-articulaires, qui présentent en outre diverses altérations; la capsule de l'articulation est épaissie, en partie détruite; les cartilages qui tapissent la cavité cotyloïde et la tête du fémur sont ramollis, ulcérés, plus ou

(*) Rarement on observe ceux de la luxation en haut et en devant, ou en bas et en dedans.

moins détachés de l'os; celui-ci offre même, si la maladie est ancienne, une désorganisation considérable; ou bien la cavité articulaire est remplie par une masse de tissu encéphaloïde ou par un liquide purulent d'aspect variable. Les muscles voisins de l'articulation, ainsi que le tissu cellulaire et la peau sont altérés, tantôt infiltrés de pus, tantôt complètement désorganisés, confondus entre eux, et transformés en tissu accidentel, squirrheux, encéphaloïde, ou autre.

1215. *Indications, moyens.* Si la luxation est incomplète, ce qu'indique l'alongement du membre, si surtout il existe des phénomènes inflammatoires, on prévient l'accroissement de la maladie en combattant la cause interne (ordinairement le vice scrophuleux), et en faisant cesser l'inflammation locale à l'aide d'un traitement anti-phlogistique, et surtout par le repos absolu de l'articulation.

Si la luxation est complète, outre l'emploi des moyens précédens, opérer au voisinage de l'articulation une révulsion forte et soutenue à l'aide des excitans les plus énergiques de la peau; conserver en même temps le membre dans l'immobilité, le maintenir dans l'extension afin de prévenir une partie des inconvéniens qui résultent de la soudure de la tête du fémur, lorsque cet accident a lieu.

FRACTURE DU COL DU FÉMUR.

1216. *Signes diagnostiques.* Le malade a fait une chute sur les pieds, sur les genoux ou sur le grand trochanter, aussitôt il a ressenti une douleur vive dans l'aine ou à la partie supérieure et externe de la cuisse; la position debout et la marche sont impossibles ou extrêmement difficiles. Si l'on explore le membre douloureux, on le trouve plus court que l'autre (lorsqu'il y a déplacement, ce qui est le cas le plus ordinaire), et le grand trochanter paraît rapproché de la crête iliaque et un peu dirigé en arrière. On peut facilement, à l'aide de tractions exercées sur le pied faire cesser le raccourcissement, mais il reparaît de nouveau dès que l'effort d'extension cesse. Le pied et le genou sont dirigés en dehors, de telle sorte que si le malade est couché, le membre, à demi-fléchi, repose sur sa face externe, et le talon du côté malade répond derrière la malléole interne de la jambe au côté sain. (On a observé, mais rarement, la rotation en dedans.) Cette direction peut être aisément changée en tournant le membre dans le sens opposé à celui où il se dirige; si, dans les mouvemens qu'on lui imprime, on examine le trochanter, on s'aperçoit que cette saillie osseuse semble rouler sur son axe, au lieu de décrire des arcs de cercle assez étendus, ainsi que cela a lieu dans l'état naturel. Si le malade étant couché sur le dos, cherche à fléchir la cuisse sur le bassin, en tenant le

membre étendu, il éprouve une douleur vive. il ne peut malgré tous ses efforts que fléchir la jambe sur la cuisse, et celle-ci sur le bassin, sans parvenir à éloigner le pied du plan sur lequel il repose.

1217. *Indications, moyens.* Rendre au membre sa longueur naturelle, s'opposer à sa rotation en dehors et le maintenir dans l'immobilité pendant le temps nécessaire à la formation du cal. On remplit ces indications au moyen d'une machine à extension permanente, ou seulement du double plan incliné qui tient la cuisse et la jambe dans une demi-flexion, lorsque l'usage de la machine est contre-indiqué.

1218. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Contusion violente de l'articulation ou des parties molles voisines; luxation du fémur en haut et en dehors, 1203; — Relâchement des symphises du bassin, 1144; — Luxation des symphises du bassin, 1146.

FRACTURE DU CORPS DU FÉMUR.

1219. *Signes diagnostiques.* Une chute a été faite sur les pieds ou les genoux, ou bien un corps vulnérant a agi avec beaucoup de force sur la cuisse; une douleur vive s'en est suivie, ainsi que la difficulté ou l'impossibilité de marcher. Dans le point douloureux on remarque une difformité plus ou moins remarquable, une mobilité insolite dans la continuité du membre, et la crépitation; si le malade est placé horizontalement, on voit que le pied et le genou sont

dirigés en dehors, et que néanmoins le grand trochanter a conservé ses rapports avec la crête iliaque. — La difformité ne consiste qu'en une légère courbure de la cuisse en arrière, et une saillie correspondante en devant; le membre a sa longueur ordinaire. (*Fracture transversale sans déplacement.*) — Le membre est raccourci, et la cuisse présente une saillie, soit à la partie externe et moyenne, soit dans le creux du jarret, soit au-dessous de l'aine, selon que la fracture occupe la partie moyenne ou une des extrémités du fémur. Cette saillie est formée par l'extrémité supérieure du fragment inférieur, à la partie moyenne de la cuisse; par l'extrémité inférieure du fragment supérieur au jarret; et par l'extrémité inférieure du fragment supérieur à l'aine. (*Fracture oblique avec déplacement.*)

1220. *Indications, moyens.* Réduire la fracture par une extension suffisante et en repoussant les fragmens l'un vers l'autre; la maintenir réduite et favoriser la formation du cal, au moyen d'un appareil qui produise l'immobilité du membre en contre-balançant l'action des muscles ou en prévenant leurs contractions. L'appareil à extension permanente, si le déplacement est très-considérable et le sujet indocile, ou bien la position du membre sur un double plan incliné dans les circonstances contraires, sont les meilleurs moyens de remplir ces indications.

GENOU.

Voy. tableau des *Maladies communes*, pag. 3 et suiv.

TUMEUR BLANCHE.

1221. *Signes diagnostiques.* Une tumeur s'est développée plus ou moins rapidement dans une articulation ginglymoïdale (ordinairement au genou ou au coude), après avoir été précédée, pendant un certain temps, de douleurs, ou seulement d'un sentiment de gêne ou de pesanteur, mais sans phénomènes inflammatoires apparens, ou au moins bien marqués. Cette tumeur occupe un des côtés de l'articulation, ou l'envahit en entier; les tégumens qui la revêtent sont pâles, tendus; elle est immobile, circonscrite, et présente sous le doigt, soit une rénitence, une élasticité, qui pourraient faire croire à la présence d'un liquide, bien qu'il n'y ait pas réellement fluctuation ; soit une dureté considérable,

paraissant annoncer le gonflement des os; elle est le siége de douleurs variables dans leur intensité, qu'augmentent moins, en général, la pression que la chaleur du lit, mais que rendent très-vives les mouvemens de l'articulation. Ces derniers sont en outre très-gênés ou nuls. Le membre est habituellement fléchi, immobile, moins volumineux que l'autre, ou même atrophié, suivant l'ancienneté de la maladie.

Ces différens phénomènes ayant persisté pendant un temps plus ou moins long, le gonflement s'est étendu, la dureté a augmenté, la peau s'est proportionnellement amincie et altérée; des symptômes inflammatoires locaux se sont manifestés, des collections purulentes se sont formées et ont donné lieu à des ouvertures fistuleuses qui fournissent un pus sanieux abondant, et même des débris osseux, s'il y a carie de l'articulation. On observe alors des accidens généraux plus ou moins graves.

1222. *Caractères anatomiques.* La tumeur blanche n'étant pas une maladie *sui generis*, mais plutôt un ensemble de symptômes d'inflammation à divers degrés et de désorganisation consécutive des parties constituantes de l'articulation, ses caractères anatomiques doivent être ceux de l'inflammation des tissus fibreux et osseux. En effet, on trouve les altérations suivantes, réunies en plus ou moins grand nombre, et combinées diversement; tantôt il y a seulement ramollissement, épaississement, infiltration séreuse ou purulente du tissu cellulaire et des liga-

mens ; tantôt il existe en même temps rougeur, épaississement, destruction de la synoviale, ramollissement, ulcération des cartilages; tantôt il y a gonflement, ramollissement, ou même carie des extrémités articulaires des os ; tantôt enfin ces diverses parties sont entièrement désorganisées et n'offrent qu'une masse de tissus de nouvelle formation.

1223. *Indications, moyens.* Combattre la cause interne par un régime et des remèdes propres à modifier l'état général du sujet (ordinairement scrophuleux), arrêter les progrès de l'irritation locale par un traitement antiphlogistique, s'il y a des symptômes d'inflammation, ou par l'emploi des dérivatifs, des révulsifs énergiques. Dans l'une et l'autre circonstance, tenir l'articulation dans le repos et donner au membre une position qui fût la moins désavantageuse, dans le cas où l'ankilose surviendrait. Si l'état général du sujet s'agrave, en raison de l'abondance de la suppuration et des douleurs dans l'articulation, faire cesser la cause de ces accidens en enlevant, par l'amputation, la portion du membre malade.

HYDRARTHROSE.

1224. *Signes diagnostiques.* Au contour d'une articulation, dans les points où le ligament capsulaire offre moins de résistance et se trouve recouvert de parties molles moins épaisses, une tumeur s'est formée lentement à la suite de symptômes inflamma-

toires ou de douleurs rhumatismales. Cette tumeur est molle, élastique, fluctuante, non mobile sous la peau, gêne peu les mouvemens de l'articulation, qui en général ne sont point douloureux, et ne présente à l'extérieur ni rougeur, ni chaleur, ni douleur. (Au poignet, cette tumeur occupe la partie antérieure et postérieure de l'articulation ; au pied elle est plus apparente au devant des malléoles ; à l'épaule, elle est bornée à la partie antérieure, et n'est visible que dans l'intervalle qui existe entre le deltoïde et le grand pectoral.)

Au genou, l'hydrarthrose présente les phénomènes suivans : lorsqu'elle commence, elle se manifeste par une double saillie sur les côtés de la rotule et de son ligament, et si elle est très-volumineuse, le gonflement s'étend aux parties latérales du tendon des extenseurs de la jambe, ou même sous le muscle triceps crural qui paraît soulevé. Dans la flexion de la jambe, la tumeur devient plus dure, plus large, plus saillante, de telle sorte que la rotule semble un peu déprimée. Dans l'extension, au contraire, la tumeur s'amollit, la fluctuation y est très-apparente, et la rotule qui est proéminente, très-mobile, comme flottante, peut être facilement déprimée et ramenée immédiatement sur la poulie articulaire du fémur; mais dès qu'on cesse de la comprimer, elle revient à sa situation première.

1225. *Indications, moyens.* Provoquer l'absorption du liquide épanché, ou lui donner issue au dehors. Si

l'affection est commençante, peu considérable, et s'accompagne encore de quelques-uns des phénomènes inflammatoires qui l'ont précédée, la combattre par un traitement antiphlogistique local et général. Dans les cas contraires, recourir à l'emploi des excitans cutanés, comme les frictions aromatiques, les topiques résolutifs, les rubéfians, ou même les exutoires, le moxa, le cautère actuel, si la maladie est très-ancienne et rebelle. Enfin, si l'accumulation de la synovie est très-considérable, occasione des accidens graves, et qu'aucun des moyens précédens n'ait pu en triompher, ouvrir la capsule synoviale afin d'évacuer le liquide qu'elle contient et de produire une inflammation adhésive, qui doit avoir pour but de prévenir le retour de l'épanchement; mais surtout empêcher le développement des symptômes inflammatoires, suite souvent funeste de l'opération.

1226. *Maladies qu'on pourrait confondre* : Tumeur blanche, 1221 ; — Tumeurs enkystées hors de l'articulation ; — Loupes, 74. (Voy. *Tumeur*, au tableau des *Maladies communes*, pag. 4.)

CARTILAGES LIBRES DANS LES ARTICULATIONS.

1227. *Signes diagnostiques.* Une douleur extrêmement vive se fait sentir dans une articulation (le genou, ordinairement) ; ses caractères sont les suivans : cette douleur, ordinairement passagère, survient tout à coup, pendant un mouvement de l'articulation,

dure plus ou moins long-temps, et cesse de la même manière pour revenir à des intervalles irréguliers. Elle apparaît dès le premier moment avec toute la violence dont elle est susceptible, n'est jamais précédée immédiatement de phénomènes inflammatoires mais les entraîne à sa suite, si elle persiste pendant quelque temps. Son caractère est toujours le même ; elle varie seulement quant à son degré d'intensité ; en général elle est plus vive dans certaines directions du membre, et détermine aussitôt l'immobilité de celui-ci. Si l'on passe la main sur l'articulation malade, on y découvre un corps dur, proéminent, très-mobile sous le doigt, changeant facilement de place, pouvant se porter dans plusieurs directions et parcourir un espace plus ou moins grand. Si l'on observe la position de ce corps pendant ou après l'accès de douleur, on s'aperçoit qu'elle a changé. S'il existe dans le genou, on peut le diriger derrière la rotule ou le ligament inférieur de cet os, ou bien sous le tendon des extenseurs de la jambe ; on le trouve le plus souvent au côté interne de cette articulation.

1228. *Indications, moyens.* Fixer le corps étranger dans un point de l'articulation où il ne puisse gêner les mouvemens et causer de la douleur en comprimant les surfaces articulaires, au moyen d'un bandage exerçant sur ce corps, placé préalablement dans une situation convenable, une compression suffisante pour le maintenir en place ; ou bien, si cette indica-

tion ne peut être remplie, si les moyens mis en usage occasionent des accidens, faire l'extraction de ce cartilage libre en incisant les tégumens et la capsule articulaire, de manière à ce que le parallélisme des deux ouvertures soit perdu immédiatement après l'opération, afin d'empêcher l'introduction de l'air dans l'articulation, et de favoriser l'adhésion prompte des bords de la plaie.

LUXATION DE LA ROTULE.

1229. *Signes diagnostiques.* Une violente percussion sur la partie antérieure du genou a déterminé dans cette articulation une vive douleur; la jambe reste étendue; et si l'on cherche à la fléchir, on augmente beaucoup les souffrances du malade. La forme du genou est sensiblement altérée et présente une des dispositions suivantes :

La face antérieure de la rotule est inclinée en dedans; son bord externe fait une saillie remarquable en devant, son bord interne est enfoncé sous les parties molles. Le ligament inférieur de cet os est soulevé par son bord externe, qui proémine sous la peau. Une élévation assez considérable se remarque au-dessus de la rotule, dans l'endroit occupé par le tendon commun des extenseurs de la jambe. Le genou présente donc, à sa partie antérieure, une surface oblique, inclinée en dedans; à son côté interne, une convexité très-marquée correspondant à la portion

interne de la poulie articulaire du fémur; enfin, en dehors, un aplatissement borné en devant par un bord très-saillant. (*Luxation incomplète en dehors.*)

La rotule est placée à la partie externe du genou, au devant de la tubérosité du condyle externe du fémur; et dans le lieu qu'elle occupe ordinairement, on trouve une dépression au fond de laquelle on sent, à travers les tégumens, la poulie articulaire. (*Luxation complète en dehors.*)

Les phénomènes précédens existent dans un sens inverse. (*Luxation complète en dedans.*)

1230. *Indications, moyens.* Rétablir promptement et avant que le gonflement soit survenu, les rapports naturels de la rotule, en donnant au membre une position telle que les muscles extenseurs de la jambe soient dans un relâchement complet, puis en pressant fortement sur la rotule d'avant en arrière, c'est-à-dire, de manière à lui faire exécuter un mouvement inverse à celui qui a eu lieu pendant le déplacement pour *la luxation incomplète*, et en poussant d'abord cet os d'arrière en avant, puis de dehors en dedans, pour *la luxation complète en dehors*, et de dedans en dehors pour *la luxation en dedans.*

RUPTURE DE LA ROTULE.

1231. *Signes diagnostiques.* Le malade a fait un violent effort d'extension de la jambe, ou bien est tombé sur le genou, ayant la jambe fortement flé-

chie. Une vive douleur s'est fait sentir aussitôt dans cette partie; la jambe ne peut être étendue par les seuls efforts des muscles; la station sur les pieds et la marche sont impossibles, à moins de porter fortement en devant le membre malade, et de le traîner, en marchant à reculons. Si l'on examine le genou, on s'aperçoit que la rotule est séparée en deux parties mobiles par un intervalle plus ou moins grand, qui augmente lorsque le malade cherche à étendre la jambe, et qu'on peut diminuer en rapprochant l'un de l'autre les deux fragmens osseux, ce qui est très-facile si l'on fléchit la cuisse sur le bassin, en même temps qu'on étend fortement la jambe sur la cuisse. On peut egalement obtenir, par ce moyen, la crépitation. (*Fracture transversale.*) Ou bien, au lieu d'une dépression transversale comme dans le cas précédent, on rencontre dans la rotule une mobilité insolite, un léger écartement dans le sens vertical, rendu plus manifeste pendant la flexion de la jambe, diminuant ou disparaissant même, pendant, l'extension. (*Fracture verticale.*)

1232. *Indications, moyens.* Réduire la fracture en donnant au membre la position la plus propre à mettre les muscles dans un relâchement complet, et en ramenant les fragmens l'un vers l'autre. Prévenir le déplacement ultérieur, et favoriser la formation du tissu intermédiaire qui doit réunir les fragmens, soit en maintenant ceux-ci immobiles et dans le rapprochement le plus immédiat possible, soit en conser-

vant constamment le membre dans l'attitude indiquée plus haut, si la fracture est verticale, ou si, dans la fracture transversale, il y a peu d'écartement; au contraire employer un appareil contentif si le déplacement est considérable ou le sujet peu docile.

LUXATION DU TIBIA.

1233. *Signes diagnostiques.* Par l'effet d'une violence extérieure exercée sur la cuisse et sur la jambe en même temps, mais dans un sens opposé, une douleur extrêmement forte s'est fait sentir dans l'articulation fémoro-tibiale, et dès cet instant il y a eu impossibilité, ou au moins difficulté très-grande de marcher. Le genou présente une difformité très-remarquable résultant du déplacement de la rotule, et d'un changement de rapports entre le fémur et le tibia qui forment tous deux une saillie en sens inverse.

La rotule est inclinée du côté interne de l'articulation; l'extrémité supérieure du tibia forme une tumeur au-dessous de la tubérosité du condyle interne du fémur; il existe en même temps une dépression sous le condyle externe du même os. (*Luxation incomplète en dedans.*)

Les dispositions contraires ont lieu. (*Luxation incomplète en dehors.*)

La jambe est fixée dans une flexion forcée et ne peut être étendue; la cuisse se termine en bas par une tumeur arrondie, très-saillante, formée par les

condyles et par la rotule appliquée avec force contre eux. Au-dessous de cette dernière, on sent une dépression au milieu de laquelle est le ligament de la rotule fortement tendu. Dans le creux du jarret se trouve l'extrémité supérieure du tibia, qui forme une tumeur considérable à la partie inférieure et postérieure de la cuisse. (*Luxation en arrière.*)

S'il y a *luxation en devant*, la jambe présente une mobilité telle qu'on peut la diriger dans tous les sens avec la plus grande facilité; le tibia ayant perdu ses rapports ordinaires avec le fémur, fait une saillie considérable au devant de lui, tandis que l'extrémité inférieure de ce dernier est également libre et forme une double tumeur dans le creux du jarret.

S'il y a *luxation latérale complète* en dedans ou en dehors, la rotule est luxée et portée du côté vers lequel le tibia s'est luxé; en outre la difformité du membre est tellement grande que le diagnostic est facile à établir au premier coup d'œil.

1234. *Indications, moyens.* Réduire, en exerçant sur le pied des tractions douces et graduées, et en poussant en sens contraire les extrémités articulaires déplacées. Maintenir les parties réduites par le repos et une position convenable; prévenir ou combattre les accidens inflammatoires, ordinairement graves dans ce cas.

JAMBE.

Voy. tableau des *Maladies communes*, pag. 3 et suiv.

FRACTURE DES DEUX OS DE LA JAMBE.

1235. *Signes diagnostiques.* Une chute sur les pieds ou une violence exercée directement sur la jambe, a déterminé sur-le-champ de la douleur, l'impossibilité de marcher ou de se tenir debout. La jambe douloureuse est un peu courbée en arrière ; une saillie se fait remarquer à son côté antérieur et interne, et cette saillie semble se continuer avec l'extrémité supérieure du tibia ; au-dessous d'elle est une dépression ; si l'on appuie les doigts sur l'une et sur l'autre alternativement, on y découvre de la mobilité et l'on produit en même temps la crépitation. Le pied est incliné en dehors, les mouvemens de rotation qu'on lui imprime ne se communiquent pas à la partie supérieure du membre, et produisent une vive douleur dans le point de la jambe où la difformité existe.

1236. *Indications, moyens.* Faire cesser le déplacement, s'il y en a, en ramenant le membre à sa direction naturelle, au moyen d'une légère extension pendant laquelle on place le pied de telle sorte que le gros orteil corresponde au bord interne de la rotule, et en poussant dans le sens contraire à celui dans lequel le déplacement a eu lieu, l'extrémité du fragment qui fait saillie. Après la réduction, prévenir tout changement de rapport entre les fragmens osseux, et favoriser l'adhésion de ces derniers en tenant le membre dans l'immobilité à l'aide d'un bandage contentif approprié à la forme de la partie.

FRACTURE DU TIBIA.

1237. *Signes diagnostiques.* Par l'effet d'une chute sur les pieds, ou d'une violence extérieure exercée sur la jambe, celle-ci est le siége d'une douleur qui rend l'usage du membre difficile ou impossible, et qui augmente quand le malade cherche à se tenir debout ou à marcher. Si l'on promène les doigts sur la crête du tibia, on y rencontre des saillies et des enfoncemens formés par les fragmens osseux reconnaissables à leur mobilité et à la légère crépitation qu'on détermine en les pressant en sens contraire et alternativement.

1238. *Indications, moyens.* (Voy. 1236.) S'il y a fracture de l'extrémité supérieure du tibia, ou fracture oblique de toute autre portion de cet os, mettre les muscles dans le relâchement afin de ramener les

fragmens à leur direction naturelle, et de les affronter en plaçant le membre dans la flexion.

FRACTURE DU PÉRONÉ.

1239. *Signes diagnostiques.* Le pied a été fortement incliné en dedans ou en dehors dans une chute sur les pieds ou dans un faux pas; ou bien la jambe a été pressée ou frappée violemment à son côté externe.

Sur le trajet du péroné, le malade éprouve une douleur qu'augmente la pression; et dans ce point douloureux on sent une irrégularité, une mobilité insolites, et l'on peut entendre une crépitation plus ou moins distincte. (Ces symptômes sont très-peu marqués si la fracture occupe la partie supérieure de l'os.) S'il y a eu torsion du pied en dedans ou en dehors, on observe en outre les phénomènes suivans, qui annoncent pour la plupart une luxation du pied, complication ordinaire, dans ce cas, de la fracture du péroné. Le malade a entendu, dans le moment de l'accident, un craquement vers la partie inférieure du péroné, et ressent là une douleur fixe; la marche est devenue impossible. Le pied est renversé en dehors ou en arrière. S'il jouit d'une mobilité très-grande dans tous les sens, on peut très-facilement le ramener à la direction naturelle; mais dès qu'on cesse de faire effort sur lui, il revient à la situation vicieuse qu'il présentait. La malléole interne est très-saillante,

tandis qu'à la partie inférieure et externe de la jambe on remarque une dépression anguleuse.

1240. *Indications, moyens.* (Voy. 1236.) Si le péroné est fracturé à une hauteur moindre de trois pouces de la malléole, replacer le fragment inférieur qui tend à se rapprocher du tibia, en le dirigeant en dehors. On doit pour cela incliner fortement le pied en dedans, et le fixer dans cette position au moyen d'un appareil qui, remplissant cette indication, prévienne aussi le déplacement ultérieur et la mobilité insolite des fragmens.

RUPTURE DU PLANTAIRE GRÊLE.

1241. *Signes diagnostiques.* Le malade a senti en marchant, en courant ou en sautant, une douleur vive et subite au-dessous du mollet, comme s'il avait été frappé par une baguette ou par un fouet. Dans le même instant il a entendu une espèce de claquement dans cette partie. (Ce dernier phénomène n'est pas constant.) La marche a été rendue sur-le-champ impossible ou au moins plus difficile; une tuméfaction plus ou moins forte s'est emparée de la jambe. Si l'on comprime le lieu où s'est fait sentir la douleur, on augmente beaucoup cette dernière.

1242. *Indications, moyens.* Prévenir les accidens inflammatoires qui accompagnent constamment cette lésion, par le repos, les topiques émolliens; ou bien les faire cesser, s'ils se sont déjà développés, au

moyen d'un traitement antiphlogistique proportionné à leur degré d'intensité.

RUPTURE DU TENDON D'ACHILLE.

1243. *Signes diagnostiques.* Par l'effet d'une contraction forte et subite des muscles extenseurs du pied (comme dans l'action de franchir un fossé, ou de sauter sur une table un peu élevée, ou même de se tenir sur la pointe des pieds), le malade a entendu un craquement remarquable dans la jambe, et s'est trouvé tout-à-coup dans l'impossibilité de marcher ou de se tenir debout; une douleur fixe se fait sentir au-dessus du talon; là on remarque une dépression formée par l'écartement des deux extrémités du tendon d'Achille, et dont on augmente ou diminue l'étendue, suivant qu'on éloigne ou qu'on rapproche le fragment inférieur du supérieur par la flexion ou l'extension du pied.

1244. *Indications, moyens.* Rapprocher les deux extrémités rompues du tendon en étendant fortement le pied, prévenir leur éloignement et leur mobilité en mettant les muscles extenseurs dans le relâchement. Enfin, favoriser la formation de la substance intermédiaire qui devra les réunir, au moyen d'un appareil contentif qui remplisse les indications précédentes en fixant, d'une manière invariable, pendant le temps nécessaire à la consolidation, le pied dans une extension très-grande et la jambe dans la flexion.

PIED.

LUXATION DU PIED SUR LA JAMBE.

1245. *Signes diagnostiques.* Le pied a été fortement renversé en dedans ou en dehors, ou bien a été étendu outre mesure, soit dans une chute d'un lieu élevé, soit par l'effet d'une violence extérieure dans laquelle il a été entraîné d'un côté, et la jambe de l'autre; il y a eu aussitôt douleur très-vive, impossibilité de mouvoir le pied, et une difformité offrant les caractères suivans : le pied est renversé de telle manière que sa face inférieure est tournée en dehors et sa face dorsale en dedans; son bord interne est dirigé en bas, et son bord externe en haut. On remarque au-dessous de la malléole interne une saillie formée par l'astragale. (*Luxation en dedans.*)

La face plantaire est renversée en dedans et sa face supérieure en dehors; l'astragale forme une saillie

au-dessous de la malléole externe. (*Luxation en dehors.*)

Le malade ne peut ni fléchir, ni étendre le pied, dont la portion comprise entre le bas de la jambe et les orteils paraît plus courte, tandis que le talon fait une saillie plus considérable qu'à l'ordinaire. (*Luxation en arrière.*)

La portion du pied située au devant de la jambe est alongée ; le talon, au contraire, est raccourci et rapproché des malléoles. (*Luxation en devant.*)

1246. *Indications, moyens.* Réduire très-promptement, afin d'éviter les difficultés qui pourraient naître du développement de l'inflammation des parties molles. La réduction s'opère en faisant l'extension sur le pied, d'abord suivant la direction qu'il présente, puis en le ramenant à sa situation naturelle au moyen d'un mouvement en sens contraire à celui qui a eu lieu pendant le déplacement. Les parties étant réduites, prévenir l'inflammation ou la combattre avec soin, par un traitement antiphlogistique très-actif ; empêcher un nouveau déplacement à l'aide d'un bandage contentif.

RUPTURE DU CALCANÉUM.

1247. *Signes diagnostiques.* Une chute a été faite sur la pointe pied, celui-ci étant dans une extension forcée ; ou bien une violence extérieure a exercé son action sur le talon ; des douleurs très-vives se sont

fait sentir aussitôt dans cette partie, et la marche est devenue impossible. Si l'on saisit le talon et qu'on cherche à lui imprimer des mouvemens dans le sens transversal, on y découvre une mobilité inaccoutumée, et s'il y a déplacement, on y remarque en outre une saillie dirigée vers la face plantaire, saillie qu'on peut faire disparaître en portant le pied dans une extension complète.

1248. *Indications, moyens.* Réduire, en mettant le pied dans l'extension et la jambe dans la flexion, et en poussant le fragment postérieur dans le sens opposé à celui du déplacement, c'est-à-dire de haut en bas et d'arrière en avant. Favoriser la consolidation de la fracture au moyen de la position qui vient d'être indiquée, et en tenant le membre dans une immobilité parfaite.

LUXATION DE L'ASTRAGALE SUR LE SCAPHOÏDE.

1249. *Signes diagnostiques.* Le pied se trouvant engagé et fixé sous un corps très-résistant et immobile, le corps s'étant porté subitement et fortement en arrière et en haut, une vive douleur a été sentie aux environs du point comprimé, et a rendu la marche très-difficile. Si l'on examine la face dorsale du pied, on y remarque une tumeur très-dure, arrondie, immobile, dans l'endroit qui correspond à l'articulation de la tête de l'astragale avec le sca-

phoïde ; sa face plantaire présente une concavité extraordinaire.

1250. *Indications*, *moyens.* Essayer la réduction en comprimant fortement la tête de l'astragale, qui fait saillie, dans le sens contraire à celui du déplacement. Si ces manœuvres sont sans résultat, ne pas les prolonger et s'occuper uniquement de prévenir ou de combattre les accidens inflammatoires par le repos et les antiphlogistiques.

LUXATION DU MÉTATARSE.

1251. *Signes diagnostiques.* Le malade a fait une chute pendant laquelle le pied étant dans l'extension et ne touchant le sol que par sa pointe, a supporté tout le poids du corps. Une douleur vive, accompagnée d'un craquement très-distinct, s'est fait sentir dans ce pied devenu inhabile à remplir ses fonctions, et qui présente une difformité remarquable ; comparé au pied sain, il est plus court, plus bombé à sa face dorsale, où les tendons des extenseurs sont très-apparens, tendus et soulèvent par conséquent les orteils. Sur cette même face dorsale on remarque une saillie transversale correspondant précisément à la série d'articulation des os du métatarse avec ceux du tarse, et une dépression placée en arrière de cette saillie et dirigée transversalement comme elle. La face plantaire, au lieu d'offrir une voûte, ainsi que cela existe dans l'état ordinaire, est

déprimée et présente une surface plane. On ne peut découvrir dans ces parties ni mobilité insolite, ni crépitation.

1252. *Indications, moyens.* Réduire promptement, en exerçant la contre-extension sur la partie inférieure de la jambe, et l'extension sur l'extrémité antérieure du pied, et en comprimant fortement, dans un sens opposé, les deux rangées d'os qui font saillie.

ONGLE ENTRÉ DANS LES CHAIRS.

1253. *Signes diagnostiques.* Le malade éprouve habituellement, à l'un des doigts du pied (ordinairement le gros orteil) une douleur assez vive, augmentant surtout par la marche qu'elle rend quelquefois impossible, et s'accompagnant assez souvent du gonflement inflammatoire de tout le pied. Au bord interne de cet orteil existe un bourrelet rougeâtre ou grisâtre, très-sensible à la pression, présentant, du côté de l'ongle, une ulcération qui fournit un pus ichoreux très-fétide. Ce bourrelet recouvre une partie de l'ongle, dont le bord correspondant, profondément engagé dans les chairs, ne peut être aperçu.

1254. *Indications, moyens.* Empêcher la pression exercée par le bord interne de l'ongle sur les parties molles voisines, et faire disparaître le bourrelet formé par ces dernières. Il suffit, lorsque la maladie est légère, de placer sous le bord de l'ongle, soit une lame métallique flexible, qui en le soulevant, comprime

en même temps les chairs boursoufflées, soit des plumasseaux de charpie, maintenus par quelques tours de bandes serrés; ou bien, si l'affection est ancienne, et le gonflement considérable, il faut enlever avec l'instrument tranchant les parties tuméfiées, prévenir leur retour et favoriser la formation d'une cicatrice solide, en les cautérisant, et en donnant au bord interne de l'ongle une direction telle, qu'au lieu de s'enfoncer dans les parties molles, il les recouvre sans y adhérer. Lorsque ces divers moyens échouent, on a recours à l'avulsion de l'ongle, et l'on prévient la renaissance de cet organe en détruisant sa matrice au moyen d'une incision à une ligne environ de sa racine.

LUXATION ET FRACTURE DES ORTEILS.

1255. Ces lésions, faciles à reconnaître, les unes par la difformité, la gêne des mouvemens et la douleur, les autres par le déplacement des fragmens, leur mobilité et la crépitation, ne diffèrent en rien des luxations ou des fractures des phalanges des doigts, et présentent les mêmes indications.

FIN DE LA DEUXIÈME ET DERNIÈRE PARTIE.

TABLE

DES MATIÈRES.

PREMIÈRE PARTIE.

MÉTHODE D'OBSERVATION DES MALADIES CHIRURGICALES.

DE L'OBSERVATION EN GÉNÉRAL.

DU DIAGNOSTIC.

DEUXIÈME PARTIE.

MALADIES DE LA TÊTE.

Face.

Région nasale. 120

Région buccale. . . . Pag. 133

MALADIES DE LA POITRINE.

MALADIES DU BAS-VENTRE.

Partie antérieure.

MALADIES DU BASSIN.

MALADIES DES MEMBRES.

Membres supérieurs.

Épaule.

Aisselle.

Jambe.

Pied.

FIN DE LA TABLE.

Imprimerie de GUEFFIER, rue Guénégaud, n°. 31.

ERRATA.

Pag. 2, lig.	12,	bas-ventre, *lisez :* bassin.
Ib.,	17,	rhagade, *lisez :* poireau.
5,	11,	141, *lisez :* 145.
Ib.,	12,	143, *lisez :* 147.
Ib.,	13,	145, *lisez :* 141.
Ib.,	14,	147, *lisez :* 143.
9,	13,	793, *lisez :* 753.
Ib.,	23,	763, *lisez :* 753.
10,	5,	1121, *lisez :* 1111.
Ib.,	6,	792, *lisez :* 782.
Ib.,	*Ib.*,	1158, *lisez :* 1133.
35,	18,	morts, *lisez :* atteints.





SOME TIGHT
GUTTERS

24ColorCard CameraTrax.com

20 - 524
ges misnumbered